ADMINISTRACIÓN DEL SEGURO SOCIAL
OFICINA DE ADJUDICACIÓN Y REVISIÓN DE INCAPACIDAD

Form Approved
OMB No. 0960-0269

# SOLICITUD PARA UNA AUDIENCIA POR UN JUEZ DE DERECHO ADMINSTRATIVO

*(Lleve o envie el formulario original firmado a su oficina local de Seguro Social, la oficina Regional de Asuntos de Veteranos en Manila, o cualquier puesto de Servicio Extranjero de los EE. UU. y mantenga una copia para sus registros.)*

Vea el aviso de la Ley de Confidencialidad al dorso

| 1. NOMBRE DEL RECLAMANTE | NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL RECLAMANTE – – | 2. TRABAJADOR ASALARIADO, SI ES DIFERENTE |
|---|---|---|
| 3. NÚMERO DE RECLAMACIÓN SI ES DIFERENTE – – | 4. NOMBRE DEL CÓNYUGE SI NO ES EL TRABAJDOR ASALARIADO | NÚMERO DE RECLAMACIÓN DE SEGURO SOCIAL DEL CÓNYUGE – – |

5. SOLICITO UNA AUDIENCIA ANTE UN JUEZ DE DERECHO ADMINISTRATIVO. No estoy de acuerdo con la decisión tomada en mi reclamación porque:

Un Juez de Derecho Administrativo de la Oficina de Adjudiciación y Revisión de Incapacídad o de Salud y Servicios Humanos será designado para dirigir la audiencia u otros procedimientos en su caso. Usted recibirá aviso de la hora y el lugar de la audiencia por lo menos 20 días antes de la fecha señalada para la audiencia.

6. Tengo evidencia adicional que presentar ☐ Sí ☐ No

Nombre y dirección de la fuente de evidencia adicional:

(Por favor, preséntela a la Oficina de audiencias dentro de 10 días. Su oficina local de Seguro Social le proveera la dirección. Adjunte una hoja adicional si necesita más espacio.)

7. No lo llene si la apelación es un asunto de Medicare.
Marque uno de los encasillados:

☐ Deseo asistir a la audiencia.

☐ No deseo asistir y solicito que se tome una decisión basada en la evidencia en mi caso. (Llene el Formulario de Renuncia HA-4608).

Usted tiene el derecho de ser representado en la audiencia. Si no es representado pero le gustaría ser representado, su oficina de Seguro Social le dará una lista de organizaciones de referencia legal y servicio. Si es representado y nunca antes lo habia hecho, llene y presente el formulario SSA-1696, «Appointment of Representative» (en español, Nombramiento de Representante) a menos que esté apelando un asunto de Medicare. Sin importar cual asunto esté apelando, usted debe llenar el número 8 y su representante (si tiene uno) debe llenar el número 9. Si tiene un representante, pero no está disponible para llenar este formulario, también debe escribir el nombre de él o ella, la dirección, etc. en letra de molde en el número 9.

**Yo declaro bajo pena de perjurio que he examinado toda la información en este formulario, y en cualquier declaración o formulario adjunto, y es cierta y correcta según mi mejor entender.**

| 8. (FIRMA DEL RECLAMANTE) FECHA | | | 9. (FIRMA/NOMBRE DEL REPRESENTANTE) FECHA | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DIRECCIÓN | | | (DIRECCIÓN) ☐ ABOGADO ☐ NO ES ABOGADO | | |
| CIUDAD | ESTADO | ZONA POSTAL – | CIUDAD | ESTADO | ZONA POSTAL – |
| NÚMERO DE TELÉFONO ( ) – | NÚMERO DE FACSÍMILE ( ) – | | NÚMERO DE TELÉFONO ( ) – | NÚMERO DE FACSÍMILE ( ) – | |

## TO BE COMPLETED BY SOCIAL SECURITY ADMINISTRATION-ACKNOWLEDGMENT OF REQUEST FOR HEARING

10. Request received for the Social Security Administration on _____ (Date) by: _____ (Print Name)

(Title) (Address) (Servicing FO Code) (PC Code)

11. Was the request for hearing received within 65 days of the reconsidered determination? ☐ YES ☐ NO
If no is checked, attach claimant's explanation for delay; and attach copy of appointment notice, letter, or other pertinent material or information in the Social Security office.

12. Claimant is represented ☐ Yes ☐ No
☐ List of legal referral and service organizations provided

13. Interpreter needed ☐ Yes ☐ No
Language (including sign language): _____

14. Check one:
☐ Initial Entitlement Case
☐ Disability Cessation Case
☐ Other Postentitlement Case

16. HO COPY SENT TO: _____ HO on _____
☐ CF Attached: ☐ Title II; ☐ Title XVI; ☐ Title VIII; ☐ T XVIII;
☐ Title II CF held in FO ☐ Electronic Folder
☐ CF requested ☐ Title II; ☐ Title XVI; ☐ Title VIII; ☐ T XVIII
(Copy of email or phone report attached)

17. CF COPY SENT TO: _____ HO on _____
☐ CF Attached: ☐ Title II; ☐ Title XVI; ☐ Title XVIII
☐ Other Attached: _____

15. Check all claim types that apply:

| | |
|---|---|
| ☐ RSI only | (RSI) |
| ☐ Title II Disability-worker or child only | (DIWC) |
| ☐ Title II Disability-Widow(er) only | (DIWW) |
| ☐ SSI Aged only | (SSIA) |
| ☐ SSI Blind only | (SSIB) |
| ☐ SSI Disability only | (SSID) |
| ☐ SSI Aged/Title II | (SSAC) |
| ☐ SSI Blind/Title II | (SSBC) |
| ☐ SSI Disability/Title II | (SSDC) |
| ☐ Title XVIII | (HI/SMI) |
| ☐ Title VIII Only | (SVB) |
| ☐ Title VIII/Title XVI | (SVB/SSI) |
| ☐ Other - Specify: _____ | |



**LLEVE O ENVÍE EL ORIGINAL AL SEGURO SOCIAL Y MANTENGA UNA COPIA PARA SUS REGISTROS**

## LA LEY DE CONFIDENCIALIDAD Y
## Recopilación y uso de información personal

Las secciones 205(a) (42 U.S.C. 405 (a)), 702 (42 U.S.C. 902), 1631(e)(1)(A) y (B) (42 U.S.C. 1383(e)(1)(A) y (B)), 1839(i) (42 U.S.C. 1395r), y 1869(b)(1) y (c) (42 U.S.C. 1395ff) de la Ley del Seguro Social nos autoriza a recopilar esta información. Usaremos la información que provea para continuar procesando su reclamación. La información que provee en este formulario es voluntaria. Sin embargo, si no provee la información que se solicita, no podremos hacer una decisión exacta y oportuna en su reclamación.

Raramente usamos la información que usted provee para ningún otro propósito que lo indicado anteriormente. Sin embargo, podemos usarla para la administración e integridad de los programas del Seguro Social. También podemos divulgar esta información a otra persona, u otra agencia de acuerdo con los usos rutinarios aprobados, los cuales incluyen pero no están limitados a lo siguiente:

1. A facilitar que una tercera persona o una agencia ayude al Seguro Social a establecer los derechos a beneficios y/o cobertura de Seguro Social;
2. Para cumplir con las leyes federales que requieren que se divulgue la información en los registros del Seguro Social (por ejemplo, a la Oficina General de Contabilidad, Administración de Servicios Generales, Administración de Registros de Archivos Nacionales y el Departamento de Asuntos de Veteranos);
3. Para tomar determinaciones para el derecho a programas similares de mantenimiento de salud e ingresos al nivel federal, estatal y municipal; y
4. Para facilitar las investigaciones estadísticas y actividades de auditoría necesarias para asegurar la integridad de los programas del Seguro Social.

También podemos usar la información que provee cuando comparamos registros por computadora. Los programas de comparación cotejan nuestros registros con los de otras agencias federales, estatales o municipales del gobierno. La información en estos programas de comparación puede ser usada para establecer o comprobar si una persona tiene derecho a beneficios pagados o administrados por el gobierno federal y para el reembolso de pagos o deudas delincuentes bajo estos programas. La ley nos permite hacer esto aunque usted no esté de acuerdo.

Una lista completa de los usos rutinarios de esta información se encuentra en nuestro Aviso de sistema de registros titulada, Sistema de carpeta de reclamaciones, 60-0089. Este aviso, información adicional sobre este formulario, e información sobre nuestros programas y sistemas, están disponibles por Internet en www.segurosocial.gov o cualquier oficina del Seguro Social.

**Ley para la Reducción de Documentos de Trabajo -** Esta recopilación de información cumple con los requisitos de 44 U.S.C. § 3507, según enmendada por la sección 2 de la Ley para la Reducción de Documentos de Trabajo del 1995. No es requisito que usted conteste estas preguntas a menos que mostremos un número de control válido de la oficina de Administración y Presupuesto. Calculamos que le tomará 10 minutos leer las instrucciones, reunir los datos y llenar el formulario. **ENVÍE O LLEVE EL FORMULARIO LLENO A SU OFICINA LOCAL DE SEGURO SOCIAL. Puede encontrar su oficina local del Seguro Social en www.segurosocial.gov por Internet. Las oficinas también están listadas bajo agencias del gobierno de los EE. UU. en su directorio de teléfonos o puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).** *Puede enviar comentarios sobre nuestra estimación del tiempo que le toma llenar el formulario a: SSA, 6401 Security Blvd, Baltimore, MD 21235-6401.* ***Envié sólo comentarios referente a nuestra estimación de tiempo a esta dirección no el formulario lleno.***