Form approved
OMB No. 0960-0776

Declaración financiera sobre deudas por penalidades monetarias civiles (CMP)

Utilizaremos este formulario para recopilar información financiera relacionada al recobro de su deuda por CMP.

Por favor imprima sus respuestas a las preguntas en este formulario de la forma más completa que pueda. Le ayudaremos a llenar el formulario si lo requiere. Si está llenando el formulario para otra persona, conteste las preguntas según le apliquen a dicha persona.

FOR SSA USE ONLY
Input Date:
Amount of CMP$
Violation: ☐ Title II ☐ Title XVI
ACTION: _____ ☐ Approved $ _____ ☐ Denied

A. Nombre de la persona quién debe la penalidad monetaria civil (CMP)	B. Número de Seguro Social ___ – __ – ____

SU DECLARACIÓN FINANCIERA

Por favor conteste todas las preguntas de la forma más completa posible. Puede que le pidamos ver documentos que apoyen su declaración. Debería tenerlos consigo cuando visite nuestra oficina.

ALGUNOS EJEMPLOS:

- Talonarios de su renta actual o de su hipoteca
- Libreta de ahorros
- Documentos que demuestren que recibe ayuda pública
- Su declaración de impuestos más reciente
- 2 o 3 recibos de su cuenta de agua, electricidad o teléfono, cuentas médicas, tarjeta de cobro, y cuentas de seguro
- Estado de cuenta de cheques
- Documentos similares para su cónyuge u otros dependientes
- Talonarios de pago

Por favor entre las cantidades en números enteros – redondee los centavos al dólar entero. Si necesita más espacio para sus respuestas, use la sección «Comentarios» al pie de la página 6.

1.	A. ¿Prestó o regaló alguna propiedad o dinero en efectivo después de la notificación de la CMP?	☐ Sí (Conteste la parte B)	☐ No (Vaya a la pregunta 2)
	B. Quién la recibió, su parentesco (si alguno), descripción y valor:		
2.	A. ¿Recibió o vendió alguna propiedad o recibió algún efectivo (además de sus ganancias) después de la notificación de la CMP?	☐ Sí (Conteste la parte B)	☐ No (Vaya a la pregunta 3)
	B. Describa la propiedad y el precio de venta o dinero en efectivo que recibió:		
3.	A. ¿Está recibiendo ayuda pública en efectivo?	☐ Sí (Conteste la parte B y C)	☐ No (Vaya a la pregunta 4)
	B. Nombre o tipo de ayuda pública: _____	C. Número de reclamación: _____	

Composición del hogar

4. Enumere cualquier persona que sea su dependiente y que viva con usted (niños, padres, amigos, etc.).

NOMBRE	EDAD	RELACIÓN (Si no existe alguna relación, explique por qué es su dependiente)

Recursos – Cosas que tenga y posea

5. A. ¿Cuánto dinero tiene usted o una de las personas enumeradas en la pregunta 4, en efectivo, en una cuenta de cheques o fácilmente disponible? $

B. ¿Aparece su nombre o el de una de las personas en su hogar en uno de los siguientes?

TIPO DE RECURSO	DUEÑO	BALANCE O VALOR	POR MES	DEMUESTRE EL INGRESO (intereses, dividendos) GANADO CADA MES. (Si ninguno, explique en los espacios abajo. Si se le paga por trimestre divida por 3).
AHORROS (Banco, Ahorros y créditos, Cooperativas de crédito)		$	$	
CERTIFICADOS DE DEPÓSITO (CD)		$	$	
CUENTA DE JUBILACIÓN INDIVIDUAL (IRA)		$	$	
DINERO O FONDOS MUTUOS		$	$	
BONOS, ACCIONES		$	$	
FONDOS DE FIDECOMISO		$	$	
CUENTA DE CHEQUES		$	$	
OTROS (EXPLIQUE)		$	$	
TOTALES →		$	$	Entre el total «por mes» en la línea (k) de la pregunta 9.

6. A. Si usted o un miembro de su hogar es dueño de un automóvil (que no sea el vehículo familiar), una camioneta, un camión, una moto o de cualquier otro vehículo o bote, enumérelos.

DUEÑO	AÑO, MARCA/ MODELO	VALOR ACTUAL	BALANCE ADEUDADO (si alguno)	FORMA DE USO PRINCIPAL
		$	$	
		$	$	
		$	$	

6. B. Si usted o algún miembro de su hogar es dueño de bienes raíces (edificio o terreno), APARTE de donde viva, o es dueño o tiene algún interés en cualquier negocio, propiedad u objetos de valor, descríbalos a continuación.

DUEÑO	DESCRIPCIÓN	VALOR DEL MERCADO	BALANCE ADEUDADO (si alguno)	USO-INGRESOS (alquiler, etc.)
		$	$	
		$	$	
		$	$	

Ingresos mensuales del hogar

Si recibe su sueldo semanalmente, multiplique por 4.33 (4 1/3) para calcular el sueldo mensual. Si se le paga cada 2 semanas, multiplique por 2.166 (2 1/6). Si tiene negocio propio, divida sus ganancias netas por 12. También ingrese las mensualidades líquidas que lleva a su hogar en la línea A de la pregunta 9.

7. A. ¿Está empleado? ☐ Sí (Provea la información abajo) ☐ No (Vaya a la parte B)

Nombre, dirección y teléfono del empleador. (Escriba «propio» si tiene un negocio propio.)	Sueldo mensual antes de deducción (Bruto)	$
	Sueldo mensual líquido (Neto)	$

B. ¿Está empleado su cónyuge? ☐ Sí (Provea la información abajo) ☐ No (Vaya a la parte C)

Nombre, dirección y teléfono del empleador. (Escriba «propio» si tiene un negocio propio.)	Sueldo mensual antes de deducción (Bruto)	$
	Sueldo mensual líquido (Neto)	$

C. ¿Está empleada alguna otra de las personas enumeradas en la pregunta 4?
☐ Sí NOMBRES: ☐ No (Vaya a la pregunta 8)

Nombre, dirección y teléfono del empleador. (Escriba «propio» si tiene un negocio propio.)	Sueldo mensual antes de deducción (Bruto)	$
	Sueldo mensual líquido (Neto)	$

8. A. ¿Recibe usted, su cónyuge o algún dependiente suyo ayuda o contribuciones de alguna persona u organización? ☐ Sí (Conteste la B) ☐ No (Vaya a la pregunta 9)

B. ¿Cuánto dinero recibe mensualmente? (Incluya esta cantidad en la línea (J) de la pregunta 9)	$	Fuente

9. ASEGÚRESE DE INCLUIR LAS CANTIDADES MENSUALES A CONTINUACIÓN - Si las recibe semanal o quincenalmente, lea las direcciones justo antes de la pregunta #7.

INGRESO DEL #7 Y EL #8 Y OTROS INGRESOS DE SU HOGAR	SUYOS	CHEQUE	CÓNYUGE	CHEQUE	OTROS MIEMBROS DEL HOGAR	CHEQUE	SSA USE ONLY
A. SALARIO LIQUIDO (Neto) (Del #7, A, B, C arriba)	$	☐	$	☐	$	☐	
B. Beneficios del Seguro Social		☐		☐		☐	
C. Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)		☐		☐		☐	
D. Pensiones (especifique de qué tipo) (Veteranos, Militar, Servicio Civil, Ferroviario, etc.)		☐		☐		☐	
E. Ayuda pública		☐		☐		☐	
F. Cupones de alimento (Indique el valor nominal de los cupones recibidos)		☐		☐		☐	
G. Ingresos de bienes raíces (alquiler, etc.) (De la pregunta 6B)		☐		☐		☐	
H. Pagos para la casa y/o comida (Explique en los comentarios)		☐		☐		☐	
I. Pensiones alimenticias/pagos de manutención de niños		☐		☐		☐	
J. Otras ayudas (de la pregunta #8B arriba)		☐		☐		☐	
K. Ingresos provenientes de recursos (de la pregunta 5)		☐		☐		☐	
L. Otros (De cualquier fuente, explique)		☐		☐		☐	
TOTALES	$		$		$		
					Total Final (Sume los 3 totales anteriores)		**$**

Comentarios

GASTOS MENSUALES DEL HOGAR

Si el gasto se paga semanal o quincenalmente, lea las instrucciones en la página 3. NO enumere los gastos que se retienen de los ingresos (tal como el seguro médico). Sólo el sueldo líquido se considera para calcular los ingresos.

Indique «CC» como la cantidad de los gastos si el gasto (por ejemplo la ropa) es parte de los GASTOS DE TARJETAS DE CREDITO EN LA LÍNEA (F).

10.	$ POR MES	SSA USE ONLY
A. Renta o hipoteca (si el pago de la hipoteca incluye impuestos sobre la propiedad, impuestos locales, seguros, etc. NO los enumere de nuevo más adelante.)	$	
B. Comida (compras de supermercado (incluya el valor nominal de los cupones de alimento y comidas en restaurantes y en el trabago, etc.)		
C. Utilidades (gas, electricidad, agua, teléfono)		
D. Otros Combustibles para calefacción o para la cocina (petróleo, gas propano, carbón, madera, etc.)		
E. Vestimenta		
F. Pagos de tarjetas de crédito (indique el pago mensual mínimo permitido)		
G. Impuestos sobre la propiedad (estatal y municipal)		
H. Otros impuestos y cuotas del hogar (recolección de la basura, acueductos y alcantarillados.)		
I. Seguros (de vida, médico, contra incendios, de vivienda, de autos y cualquier otro seguro por accidentes y responsabilidad pública		
J. Médicos-Dentales (después de cualquier cantidad pagada por los seguros)		
K. Uso y mantenimiento de carro (indique cualquier pago de préstamos de automóviles en la línea (N) abajo)		
L. Otra transportación		
M. Donaciones en efectivo a una Iglesia o institución caritativa		
M. Donaciones en efectivo a una Iglesia o institución caritativa (cont.)		
M. Donaciones en efectivo a una Iglesia o institución caritativa (cont.)		
N. Préstamos, crédito, pagos para productos reservados (lay-away) (Si el pago es opcional, indique el pago mínimo)		
O. Pagos de manutención a alguien que NO esté en su hogar (Indique el nombre, la edad, la relación (si alguna) y la dirección)		
P. Cualquier gasto no indicado anteriormente (Especifique)		
TOTAL	**$**	

COMENTARIOS SOBRE LOS GASTOS (Explique también cualquier gasto inusual o grande como gastos médicos, universitarios, etc.)

COMPARACIÓN DE INGRESOS Y GASTOS

11.	A. Ingreso mensual Escriba aquí la cantidad del «Total final» del #9	$
	B. Gastos mensuales Escriba aquí la cantidad del «Total» del #10	$
	C. Gastos del hogar ajustados	+ $25
	D. Gastos mensuales ajustados (Sume la B y C)	$
12.	Si sus gastos (D) son mayores que sus ingresos (A), explique cómo está pagando sus cuentas	FOR SSA USE ONLY ☐ INC. EXCEEDS ADJ EXPENSE $_____ + ☐ INC. LESS THAN ADJ EXPENSE $_____ +

EXPECTATIVAS FINANCIERAS Y FONDOS DISPONIBLES

13.	A. ¿Espera usted, su cónyuge o algún miembro dependiente de su hogar que su situación financiera cambie (para bien o para mal) dentro de los próximos 6 meses? (por ejemplo: reembolso de sus impuestos, aumento en el sueldo, fin del pago de un préstamo o de una cuenta actual, cambios para bien, o reparaciones mayores a la casa, cambios para mal)	☐ SÍ (Explique en el espacio de comentarios abajo)		☐ NO
	B. Si hay dinero en efectivo o en cuentas de cheque en el renglón 5A, ¿lo está reservando para un propósito particular?	☐ No hay efectivo disponible	☐ No (dinero disponible para cualquier cosa)	☐ SÍ (Explique en el espacio de comentarios abajo)
	C. ¿Existe alguna razón por la cual NO PUEDE convertir a efectivo el «balance o valor» de alguno de los recursos financieros enumerados en el renglón 5B?	☐ SÍ (Explique en el espacio de comentarios abajo)		☐ NO
	D. ¿Existe alguna razón por la cual NO PUEDE VENDER o de otra manera convertir a efectivo cualquiera de los recursos indicados en el renglón 6A y B?	☐ SÍ (Explique en el espacio de comentarios abajo)		☐ NO

ESPACIO PARA COMENTARIOS – Si está continuando la respuesta a alguna pregunta, por favor escriba el número y letra de la pregunta primero.

CLÁUSULA PENAL, CERTIFICACIÓN Y DECLARACIÓN DE LA LEY DE CONFIDENCIALIDAD

Declaro bajo pena de perjurio que he examinado toda la información en este formulario y cualquiera de los formularios o declaraciones que lo acompañan, y que basado en mi mejor conocimiento la información aquí contenida es verdadera y correcta. Entiendo que cualquier persona que intencionalmente provea información falsa o engañosa sobre un hecho material o cause que otra persona provea información falsa o engañosa comete un delito y puede ir a la cárcel, recibir otras penalidades o ambas.

FIRMA DE LA PERSONA CON DEUDA DE CMP

NOMBRE IMPRESO (Nombre, Inicial, Apellido) (Escriba con tinta)		FECHA (Mes, día, año)
FIRME AQUÍ ▶		NÚMERO DE TELÉFONO DEL HOGAR (Incluya el código de área)
DIRECCIÓN POSTAL (Número y calle, Núm. de Apto, Apartado/P.O. Box, o ruta rural)		NÚMERO DE TELÉFONO DEL TRABAJO SI PODEMOS LLAMARLE A TRABAJO (Incluya el código de área)
CIUDADA Y ESTADO	CÓDIGO POSTAL	INGRESE EL NOMBRE DEL CONDADO EN QUE RESIDA ACTUALMENTE

Se requieren testigos ÚNICAMENTE si esta declaración está firmada con una marca (X). Si se firma con una marca (X), deben firmar dos testigos que conozcan personalmente al peticionario y provean sus direcciones completas.

FIRMA DEL TESTIGO	FIRMA DEL TESTIGO
DIRECCIÓN (Número y calle, Ciudad, Estado, y Código de postal)	DIRECCIÓN (Número y calle, Ciudad, Estado, y Código de postal)

Declaración de la Ley de Confidencialidad - Recopilación y uso de información personal

Las Secciones 205 (a), 1129(c)(3) y 1129(e)(1), de la Ley del Seguro Social según enmendada, nos autorizan a recopilar esta información. La información que provea se usará para hacer una determinación sobre el pago de Penalidades monetarias civiles (CMP). Su respuesta es voluntaria. No obstante, la falta de proveer toda o parte de la información podría interferir con una pronta y correcta determinación.

Nosotros raramente usamos la información que usted provee para ningún otro propósito que no sea el anteriormente explicado. Sin embargo, podemos usarla para la administración e integridad de los programas del Seguro Social. También podemos divulgar la información a otra persona o agencia de acuerdo con los usos rutinarios aprobados, que incluyen pero no se limitan a lo siguiente:

(1) a una agencia federal, estatal o municipal con el propósito de aplicar las leyes cuando se ha violado una ley pertinente a los programas y operaciones de la Administración del Seguro Social;
(2) al Departamento de Justicia en conexión a una consulta legal y en relación a cualquier acción criminal o civil que esté en curso o que potencialmente pueda surgir de una investigación de los programas del Seguro Social o de las actividades de la Oficina del Inspector General;
(3) a un Gran Jurado federal o estatal, a un tribunal federal o estatal, tribunal administrativo, a la representación legal de una parte adversa, o a un testigo durante el curso de una acción civil, criminal o administrativa vinculada a una investigación de los programas del Seguro Social o de las actividades de la Oficina del Inspector General.

También podemos usar la información que nos provea cuando comparamos los registros por computadora. Los programas de comparación comparan nuestros registros con los registros que otras agencias federales, estatales o municipales mantienen. La información de estos programas se puede usar para establecer o verificar el derecho de una persona a programas de beneficios financiados o administrados federalmente y para el reembolso de pagos o deudas delincuentes bajo estos programas.

Puede encontrar listas de los usos rutinarios para esta información en el Aviso de Registros de Sistemas 60-0265. El Aviso, la información adicional sobre este formulario y la información sobre nuestros sistemas y programas, están disponibles por Internet en www.segurosocial.gov o en su oficina local del Seguro Social.

Ley para la Reducción de Trámites - 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 Trámites del 1995. No tiene que contestar las preguntas a menos que el formulario contenga un número de control válido de la oficina de Administración y Presupuesto. Calculamos que le tomará de aproximadamente 2 horas leer las instrucciones, reunir los datos y llenar el formulario. **ENVÍE EL FORMULARIO LLENO A SU OFICINA LOCAL DEL SEGURO SOCIAL. La oficina aparece en su directorio telefónico bajo las agencias del Gobierno de lo EE.UU. o puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778). Puede enviar sus comentarios sobre el cálculo de tiempo que le toma llenar el formulario a: SSA, 6401 Security Blvd., Baltimore, MD 21235-6401.** Envíe ***solamente*** comentarios sobre nuestro cálculo del tiempo a ésta dirección, no el formulario lleno.

Instrucciones para llenar el formulario SSA-640 - Declaración financiera sobre deudas por penalidades monetarias civiles (CMP)

Cuándo usar éste formulario

Este formulario se usa para recopilar información financiera de un individuo que tenga una deuda por penalidades monetarias civiles (CMP). La administración del Seguro Social usará la información recopilada al tomar decisiones sobre el repago de CMP.

EVIDENCIA: Cuando presente una solicitud sobre como reembolsar su deuda por CMP necesitará presentar cualquier papel que apoye sus declaraciones financieras. Esto incluye las declaraciones de sus cuentas bancarias, las cuentas de agua, electricidad y teléfono, los talonarios de los cheques de su sueldo, pagos de las tarjetas de crédito, pagos de préstamos, etc. Si no tiene estos documentos disponibles, no posponga completar este formulario. Tiene hasta 30 días desde registrar su solicitud sobre como reembolsar su deuda por CMP para poder proveer los documentos.

La siguiente sección le explica cómo llenar el formulario SSA-640. El formulario SSA-640 y los documentos financieros de apoyo deben enviarse a la dirección que aparece en el sobre que se incluyó en el formulario. **Si tiene preguntas adicionales sobre el informe SSA-640, puede comunicarse con la oficina del Seguro Social que le proveyó el formulario.**

CÓMO LLENAR EL FORMULARIO SSA-640:

A. Imprima el nombre de la persona que tenga la deuda por CMP.
B. Ingrese el número de Seguro Social de la persona que tenga la deuda por CMP.

SU DECLARACIÓN FINANCIERA

1. - 3. Conteste para todos los casos llenando las partes narrativas.

Miembros del hogar

4. Enumere sus dependientes que vivan con usted independientemente de la relación.

Bienes - Cosas que tenga y posea

5. Enumere para usted y para cualquier persona incluida en el #4. Asegúrese de enumerar tanto los balances como los ingresos devengados cada mes.
6. Asegúrese de enumerar los vehículos y los bienes raíces suyos y de los miembros de su hogar.

Ingresos mensuales del hogar

7. al 9. Lea cada pregunta con cuidado y llene los blancos con los ingresos suyos, de su cónyuge y de cualquier persona incluida en el #4. Asegúrese de enumerarlos con una base mensual. La nota que anteceda al #5 le explica cómo manejar las cantidades semanales, quincenales y anuales.

Gastos mensuales del hogar

10. Enumere todos los gastos del hogar, convirtiendo las cantidades a una base mensual.

Comparación de ingresos y gastos

11. al 13. Complete según se indica.

Comentarios: Use los espacios para comentarios para continuar con sus respuestas a las preguntas. Asegúrese poner primero el número de la pregunta a la que hace referencia. Si necesita más espacio, continúe en un papel en blanco.

Firma de la persona con deuda de CMP

Por favor asegúrese de firmar, escribir la fecha, incluir su dirección postal y los números de teléfono a los que le podemos conseguir.

Adónde enviar el formulario

Después de que llene y firme el formulario, dóblelo en tres partes, póngalo en el sobre provisto con el formulario y envíelo por correo. Use el sobre provisto para que el formulario vaya a la oficina de Seguro Social que está manejando su petición.