

# INSCRIPCIÓN PARA DEPÓSITO DIRECTO (México)

## SOLICITUD DE DEPÓSITO PARA LOS BENEFICIOS MENSUALES DEL SEGURO SOCIAL DE LOS ESTADOS UNIDOS

- Llene la Sección 2 "firme su nombre"
- Pidale a su banco que llene la Sección 3

**SECCION 1 (PARA SER LLENADO POR BENEFICIARIO)**

Nombre y dirección postal completa:	<b>- Numero de Reclamación de Seguro Social -</b>												
	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>												
	Nombre de la persona con derecho a los beneficios												
Número De Teléfono	Esta casilla es para la colocación de pago únicamente (si procede)												
	Tipo	Cantidad											
<p style="text-align: center;"><b>DECLARACION DEL REPRESENTANTE DE BENEFICIARIO</b></p> <p>Yo declaro que lei y y estoy de acuerdo con lo descrito en el reverso de este formulario. Entiendo que con mi firma, autorizo a la Administracion del Seguro Social a que envíe mis pagos a mi banco para que deposite en la cuenta designada. Yo entiendo que la informacion personal en estos pagos será tratada como confidencial, pero acept divulgar informacion sobre los pagos que requiera la ley en caso de ser necesaria para la proteccion contra el fraude o el crimen.</p>	<p style="text-align: center;"><b>DECLARACIÓN DEL POSEEDOR DE LA CUENTA CONJUNTA</b></p> <p>Yo declaro que lei y estoy de acuerdo con lo descrito en el reverso de este formulario, incluyendo el AVISO ESPECIAL PARA POSEEDORES DE CUENTAS MANCOMUNADAS</p>												
SU FIRMA	FECHA	FIRMA	FECHA										

	Esta cuenta es: <input type="checkbox"/> Mi cuenta propia <input type="checkbox"/> Una cuenta conjunta
--	---

**SECCIÓN 2 (Números de fax o DIRECCIÓN DE CORREO)**

NOMBRE DE LA AGENCIA DEL GOBIERNO  <b>SOCIAL SECURITY ADMINISTRATION</b>	<b>CONSULADO EN GUADALAJARA</b> TEL.: 01(33)3827-0767, FAX: 01(33)3825-7942	<b>CONSULADO EN CD. JUAREZ</b> TEL.: 01(656)613-1512, FAX: 01(656)613-4698
	<b>EMBAJADA EN LA CD DE MEXICO</b> TEL.: 01(55)5080-2706, FAX: 01(55)5080-2171	Social Security Administration Office of International Operations PO Box 17769 Baltimore, MD 21235-7769

**SECCIÓN 3 (Se completará por su institución financiera)**

1. CLABE (Clave Bancaria Estandarizada ) O 2. Número de Banco y Tarjeta de Débito

NOMBRE DEL BANCO			NÚMERO DE TELÉFONO DE LA SUCURSAL DE SU BANCO						
DIRECCIÓN DE LA SUCURSAL DE SU BANCO									
ESCRIBIR EL NOMBRE DEL OFICIAL DEL BANCO					FIRMA DEL OFICIAL DEL BANCO				
1.#ABN de Banco	Plaza	Número de Cuenta						Digito Verificador	
2.#ABM de Banco		Tarjeta De Débito							

# INFORMACIÓN IMPORTANTE - POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE

La información que usted provee en este formulario es confidencial. Necesitamos esta información para enviar sus pagos de Seguro Social de los Estados Unidos electrónicamente a su cuenta de banco en México.

## CUÁNDO RECIBIRÁ SUS PAGOS A TRAVÉS DE DEPÓSITO DIRECTO

Su pago será enviado a través del sistema bancario de México y estará en su cuenta de banco el día 4to. Día de cada mes. Con depósito directo usted tendrá acceso inmediato a su dinero. Esta es la forma más segura de recibir sus beneficios.

## INFORMACIÓN SOBRE LA CONVERSIÓN DE MONEDAS

Si tiene depósito directo, sus pagos de Seguro Social de los Estados Unidos son convertidos automáticamente a pesos a una buena tasa de cambio.

### **\*\* AVISO ESPECIAL A POSEEDORES DE CUENTAS MANCOMUNADAS \*\***

Si usted comparte una cuenta con una persona que recibe pagos de Seguro Social y esa persona fallece, inmediatamente debe comunicarse con el banco y la Embajada o el Consulado Americano. Cualquier pago de Seguro Social depositado en una cuenta mancomunada luego de la muerte del beneficiario debe ser devuelto al Seguro Social.

## SI SU DIRECCIÓN CAMBIA

Si su dirección cambia debe informar a la Embajada o el Consulado Americano. Si la Administración del Seguro Social necesita comunicarse con usted y no puede localizarlo, sus pagos podrían ser suspendidos.

## SI CAMBIA DE BANCO O LA CUENTA BANCARIA

Es posible que tenga que llenar un formulario de inscripción nuevo. **No cierre su antigua cuenta hasta que sus pagos comiencen a llegar a su nueva cuenta.** Si usted cambia de banco o su cuenta bancaria, deberá notificar una de estas oficinas:

Federal Benefits Unit American Embassy Paseo de la Reforma 305 Col. Cuauhtemoc 06500 Mexico D.F. Mexico	Federal Benefits Unit American Consulate General Lopez Mateos 924 Norte 32317 Cd. Juarez Chih. Mexico
Federal Benefits Unit American Consulate General Progreso 175 44100 Guadalajara, Jal. Mexico	Social Security Administration Office of International Operations PO Box 17769 Baltimore, MD 21235-7769 USA

## LA LEY DE REDUCCIÓN DE DOCUMENTOS DE TRABAJO

Esta información cumple con los requisitos de 44 U.S.C. § 3507, según esta enmendada por la sección 2 de la Ley de reducción de documentos de trabajo de 1995. No se requiere que usted conteste a estas preguntas a menos que mostremos un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto. Calculamos que le tomara aproximadamente 5 minutos leer las instrucciones, reunir los datos y contestar las preguntas. *Puede enviar comentarios relacionados nuestro tiempo estimado en este formulario a: SSA 1338 Annex Building, Baltimore, MD 21235-0001. No envíe este formulario completado a esta dirección, solo envíe los comentarios sobre el tiempo estimado.*