Social Security Administration

Form Approved
OMB No. 0960-0686

SOLICITUD PARA DOMICILIACION BANCARIA (ESPAÑA)

SOLICITUD PARA LA DOMICILIACION BANCARIA DE LA PENSION DEL SEGURO SOCIAL DE LOS ESTADOS UNIDOS

- Favor de rellenar el Apartado 1 y firme su nombre en el encasillado correspondiente.
- Favor de rellenar el Apartado 1 y firme su nombre en el encasillado correspondiente.
- Enviar la solicitud completa a la dirección indicada al pié de la página.

APARTADO 1 (Le rogamos utilizar letra de molde)

Nombre y Dirección Completa:	**Número de Pensión del Seguro Social**	**B.I.C**
	Nombre del Pensionista	
Número de teléfono durante horas laborales:	ESTA CAJA ES PARA ASIGNACIÓN PAGO SOLAMENTE (si es necesario)	
	TIPO	CANTIDAD

CERTIFICACIÓN	**CERTIFICACIÓN DE TITULARES DE CUENTAS CONJUNTAS (OPCIONAL)**
Certificico que he leido y entendido la información indicada en la parte posterior de este impreso. Autorizo a la Administratión del Seguro Social de los EE.UU. a enviar mis pagos a mi banco y depositarlos en la cuenta designada por mi. Entiendo que los datos sobre la pension seran considerados información confidencial, pero autorizo a que se revele la información que por ley sea necesaria para la protección contra fraude o delito.	Certifico que he leido y entendido la información indicada en la parte posterior de este documento, especificamente el párrafo "INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA LOS TITULARES DE CUENTAS CONJUNTAS."

FIRMA	FECHA	FIRMA	FECHA

¿Eres el representante del beneficiario? ☐ Si ☐ No Beneficiary Fecha de nacimiento	Esta cuenta es: ☐ Una cuenta propia ☐ Una cuenta conjunta

APARTADO 2 (DIRECCION DE CORRESPONDENCIA)

NOMBRE DE LA AGENCIA GUBERNAMENTAL : **SOCIAL SECURITY ADMINISTRATION**	**ENVIE LA SOLICITUD COMPLETA A:** Embajada de los EE.UU. Dpto. Pensiones Federales Serrano 75 28006 Madrid SPAIN

APARTADO 3 (Debe ser rellenado por el Banco, Caja de Ahorros o Cooperativa de Crédito.)

ESTA CUENTA DEBE SER EN EUROS

NOMBRE DEL BANCO	NUMERO DE TELEFONO DEL BANCO
DIRECCION DEL BANCO	
NOMBRE DE LA IMPRESION DEL FUNCIONARIO DE BANCO	FIRMA DEL FUNCIONARIO DE BANCO

Introduzca el número IBAN en la siguientes casillas. Rellene todas las casillas.	Introduzca el código SWIFT/BIC completo en las siguientes casillas.

INFORMACION IMPORTANTE - POR FAVOR, LEALA CUIDADOSAMENTE

La información que usted proporcione en este formulario es confidencial . Necesitamos la información para enviar tu EE.UU. Pagos de Seguro Social por vía electrónica a su cuenta bancaria extranjera .

CUANDO USTED RECIBIRÁ SUS PAGOS DE DEPÓSITO DIRECTO :

Usted recibirá su pago a través del sistema bancario Spainish y por lo general será en su cuenta bancaria poco después de la fecha de pago regular. Con el depósito directo , usted tendrá acceso inmediato a su dinero . Esta es la forma más segura de recibir sus beneficios.

INFORMACIÓN SOBRE CONVERSION DE DIVISAS :

Con el depósito directo , su pago del Seguro Social se convierte automáticamente en Euros (si procede) al tipo de cambio internacional diario antes depositado en su cuenta.

** AVISO ESPECIAL PARA LOS TITULARES DE CUENTA CONJUNTA **

Si tiene una cuenta conjunta con una persona que recibe pagos del Seguro Social, y esa persona muere , debe ponerse en contacto inmediatamente con su banco y la Administración del Seguro Social o de la Embajada Americana o el Consulado en su área. Debe regresar a la Seguridad Social los pagos depositados en una cuenta conjunta después de la muerte del beneficiario.

SI SU DIRECCIÓN CAMBIOS:

Si cambia de dirección , debe informar a la Embajada de Estados Unidos o de la Administración del Seguro Social. Su pagos pueden parar si la Administración del Seguro Social tiene que ponerse en contacto con usted y no puede encontrar su ubicación.

CAMBIO DE BANCOS O CUENTAS BANCARIAS:

Si cambia su banco o su cuenta , usted debe notificar a una de las siguientes oficinas:

Embajada de los EE.UU. Dpto. Pensiones Federales Serrano 75 28006 Madrid SPAIN	Social Security Administration Office of International Operations PO Box 17769 Baltimore, MD 21235-7769 USA

Es posible que tenga que llenar un nuevo formulario de inscripción Depósito Directo. No cierre su cuenta anterior hasta que los pagos han empezado a salir a su nueva cuenta.

Declaración sobre la 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 es requisito que conteste estas preguntas a menos que mostremos un número de control válido de la oficina de Gerencia y Presupuesto. Calculamos que le tomará 11 minutos leer las instrucciones, reunir los datos y contestar las preguntas**. ENVÍE o lleve EL FORMULARIO CUANDO LO HAYA COMPLETADO A SU OFICINA LOCAL DEL SEGURO SOCIAL. Las direcciones de las oficinas locales del Seguro Social están disponibles por Internet en www.segurosocial.gov y también aparecen en la guía telefónica bajo agencias de gobierno de EE. UU. o puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778)**. *Puede enviar sus comentarios sobre nuestro cálculo del tiempo que le tomará completar el formulario a: SSA, 6401 Security Blvd., Baltimore, MD. 21235-6401. Por favor envíe sólo comentarios sobre nuestro cálculo del tiempo, no el formulario lleno.*

Recopilación y uso de la información de su solicitud
Aviso de la Ley de Confidencialidad/Ley de Reducción de Trámites

Las secciones 202, 205 y 223 de la ley del Seguro Social, según enmendadas, nos autorizan a recopilar esta información. Usaremos la información que nos suministra para determinar si usted o un dependiente tienen derecho a cobertura de seguro o a recibir los beneficios mensuales.

El suministrar la información que solicitamos en este formulario es totalmente voluntario. Sin embargo, el no suministrarla puede impedir que podamos tomar una decisión rápida y exacta con respecto a su derecho a recibir los beneficios o el derecho de sus dependientes.

Muy infrecuentemente usamos la información que nos suministra para cualquier otro propósito que no sea el de determinar la identidad de un cónyuge. Sin embargo, es posible que la usemos para la administración e integridad de los programas del Seguro Social. También es posible que divulguemos la información a otra persona o a otra agencia de acuerdo a los usos rutinarios aprobados, los cuales incluyen, pero no están limitados, a los siguientes:

1. Para permitir a una tercera persona o una agencia a ayudar al Seguro Social a establecer el derecho a recibir los beneficios o cobertura de Seguro Social:
2. Para cumplir con las leyes federales que requieren la divulgación de la información de nuestros registros (como por ejemplo, a la Oficina General de Contabilidad y al Departamento de Asuntos de los Veteranos);
3. Para decidir si tiene derecho a programas similares de salud y mantenimiento de ingresos al nivel federal, estatal y municipal; y
4. Para facilitar los estudios estadísticos, investigaciones o de actividades de auditoría necesarias para asegurar la integridad de los programas del Seguro Social (por ejemplo, facilitarle la información a la Agencia del Censo y a empresas privadas bajo contrato con nosotros).

Es posible que también usemos la información que nos provee cuando comparamos los registros por computadora. Los programas de comparación cotejan nuestros registros con los de otras agencias gubernamentales federales, estatales o municipales. La información de estos programas de comparación puede ser usada para establecer o comprobar si una persona tiene derecho a los programas de beneficios financiados o administrados por el gobierno federal y para el reembolso de pagos o de cuentas delincuentes bajo estos programas.

Para ver la lista completa de los usos rutinarios de esta información está disponible en nuestros Sistemas de avisos de los registros de la Ley de Confidencialidad titulado, «Earnings Recording and Self Employment Income System (60-0059) y el «Claims Folders Systems» (60-0089). Información adicional referente a estos y otros sistemas de avisos de los registros están disponibles por Internet en www.segurosocial.gov o en su oficina local de Seguro Social.