

PAPERWORK/PRIVACY ACT NOTICE

The Social Security Administration (SSA) has authority to collect the information requested on the other side of this form under section 204 of the Social Security Act. Giving us this information is voluntary. You do not have to do it. We will need this information only if you choose to make payment by credit card. You do not need to fill out this form if you choose another means of payment (for example, by check or money order).

If you choose the credit card payment option, we will provide the information you give us to the banks handling your credit card account and SSA's account. This will allow you to repay your overpayment with your credit card. We may also provide this information to another person or government agency to comply with federal laws requiring the release of information from our records. You can find these and other routine uses of information provided to SSA listed in the **Federal Register**. If you want more information about this, you may call or write any Social Security Office.

We may also use the information you give us when we match records by computer. Matching programs compare our records with those of other Federal, State, or local government agencies. Many agencies may use matching programs to find or prove that a person qualifies for benefits paid by the Federal government. The law allows us to do this, even if you do not agree to it.

Explanations about these and other reasons why information you provide us may be used or given out are available in Social Security offices. If you want to learn more about this, contact any Social Security office.

Paperwork Reduction Act Statement - This information collection meets the requirements of 44 U.S.C. § 3507, as amended by Section 2 of the Paperwork Reduction Act of 1995. You do not need to answer these questions unless we display a valid Office of Management and Budget control number. We estimate that it will take about 10 minutes to read the instructions, gather the facts, and answer the questions. *You may send comments on our time estimate above to: SSA, 1338 Annex Building, Baltimore, MD 21235-0001. Send only comments relating to our time estimate to this address, not the completed form.*

AVISO DE LA LEY DE REDUCCIÓN DE DOCUMENTOS DE TRABAJO Y CONFIDENCIALIDAD

La Administración del Seguro Social tiene la autoridad para solicitar la información al dorso de este formulario bajo la Sección 204 de la ley del Seguro Social. Darnos la información es voluntaria. Usted no está obligado a darnos la información. Esta información es necesaria solamente si decide hacer su pago por tarjeta de crédito. Si escoge otro método de pago no es necesario completar este formulario (por ejemplo, por cheque o giro postal).

De usted escoger la opción de pagar por tarjeta de crédito, le proveeremos la información que usted nos dé a los bancos que manejan su cuenta y la cuenta del Seguro Social. Esto le permitirá a usted reembolsar su sobrepago usando su tarjeta de crédito. También podemos proveer la información que nos dé a otras personas o agencias del gobierno de acuerdo con la ley federal que requiere que revelemos información de nuestros registros. En el **Registro Federal (Federal Register)**, usted encontrará estos y otros usos rutinarios de información provista al Seguro Social. Si usted desea más información, puede llamar o escribir a cualquier oficina de Seguro Social.

También podemos usar la información que usted nos da cuando comparamos registros de computadoras. Los programas de comparación cotejan nuestros registros con los de otras agencias del gobierno federal, estatal, o local. Muchas agencias pueden usar estos programas de comparación para establecer o verificar si una persona tiene derecho a programas de beneficios pagados o administrados por el gobierno federal. La Ley nos permite hacer esto aunque usted no esté de acuerdo.

Explicaciones sobre estas y otras razones por las cuales la información de usted se puede usar o revelar, están disponibles en las oficinas de Seguro Social. Si desea más información, comuníquese con cualquier oficina de 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 de Reducción de Documentos de Trabajo de 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. Estimamos que le tomará 10 minutos leer las instrucciones, reunir los datos y llenar el formulario. *Puede enviar comentarios sobre nuestro estimado del tiempo para completar el formulario a: SSA, 1338 Annex Building, Baltimore, MD. 21235-6401. Por favor sólo envíe comentarios sobre nuestro estimado, no sobre el formulario, a la dirección mencionada arriba.*