

Autorización para que la Administración del Seguro Social Divulgue la Verificación de un Número de Seguro Social (SSN)

Nombre en letra de molde:	Fecha de nacimiento:	Número de Seguro Social:
---------------------------	----------------------	--------------------------

Razón para autorizar la divulgación: (Favor de marcar una)

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Para solicitar una hipoteca | <input type="checkbox"/> Para solicitar un préstamo | <input type="checkbox"/> Para cumplir con requisitos de una licencia |
| <input type="checkbox"/> Para abrir una cuenta de banco | <input type="checkbox"/> Para abrir una cuenta de jubilación | <input type="checkbox"/> Otra razón (explique) |
| <input type="checkbox"/> Para solicitar una tarjeta de crédito | <input type="checkbox"/> Para solicitar un trabajo | |

Con la siguiente empresa ("la Empresa"):

Nombre de la empresa:

Dirección de la empresa:

Nombre y dirección del agente de la empresa (si aplica):

Nombre del agente: Intellicorp Records, Inc.

Dirección del agente: 3000 Auburn Drive, suite 410, Beachwood, OH 44122

Autorizo a la Administración del Seguro Social a que verifique mi nombre y Número de Seguro Social (SSN, por sus siglas en inglés) con la empresa o con el agente de la empresa, si aplica, para el propósito que he identificado. Yo soy la persona a quien el Número de Seguro Social fue emitido o el representante legal de un menor o el representante legal de una persona quien ha sido declarada por la corte como adulto incompetente. Yo declaro y afirmo bajo pena de perjurio que la información contenida aquí es verdadera y correcta. Yo reconozco que si hago alguna representación, que yo sé que es falsa, para obtener información de los registros del Seguro Social, puedo ser declarado culpable de un delito menor y penalizado con una multa de hasta \$5,000.

Este consentimiento es válido para un solo uso. Este consentimiento es válido por solo 90 días a partir de la fecha en que es firmado, a menos que se indique lo contrario por la persona nombrada en el encabezamiento. Si desea cambiar este límite de tiempo, favor de llenar la siguiente información:

Este consentimiento es válido por _____ días desde la fecha en que es firmado. _____ (Sus iniciales)

Firma:	Fecha en que firmó:
--------	---------------------

Parentesco (si no es la persona a quien le pertenece el SSN):

Declaración de la Ley de Confidencialidad de Uso y Recopilación de Información Personal Las secciones 205(a) y 1106 de la Ley del Seguro Social, según enmendada, nos autorizan a recopilar la información que se solicita en este formulario. No está obligado a proporcionar la información que se solicita. No obstante, si no nos proporciona parte o toda la información solicitada, podría impedir que divulguemos esta información a la empresa o al agente de la empresa nombrado en este formulario. Usaremos la información que nos proporciona para verificar su nombre y Número de Seguro Social (SSN). Además, es posible que compartamos esta información en cumplimiento de la Ley de Privacidad y otras leyes federales. Por ejemplo, si las leyes nos autorizan, es posible que esta información se use en programas de comparación de datos de computadoras, en los cuales nuestros registros son comparados con otros registros para establecer o verificar el derecho de una persona a los programas de beneficios federales y para el pago de deudas incorrectas o morosas bajo estos programas. Puede encontrar una lista de usos rutinarios en nuestro aviso de sistema de computadoras titulado «Privacy Act Systems of Records Notice» (SORN, por sus siglas en inglés) 60-0058, titulado «Master Files of SSN Holders and SSN Applications». Información adicional y una lista completa de todos nuestros SORN están disponibles en nuestro sitio de internet en www.socialsecurity.gov/foia/bluebook (estos sistemas de computadoras y toda la demás información solo están disponibles en inglés).

Declaración de la Ley de Reducción de Documentos de Trámites – La recopilación de esta 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 Trámites de 1995. No tiene que contestar estas preguntas a menos que le mostremos un número de control de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés). Calculamos que le tomará alrededor de 3 minutos en llenar este formulario. Puede enviar comentarios sobre nuestro cálculo de tiempo a: SSA, 6401 Security Blvd. Baltimore, MD 21235-6401. **Envíe solo los comentarios sobre nuestro cálculo de tiempo a esta dirección, pero no envíe el formulario.**

-----Corte Aquí-----

AVISO PARA EL DUEÑO DEL NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

La Empresa o su agente han firmado un acuerdo con la Administración del Seguro Social que, entre otras cosas, incluye restricciones en cuanto a la divulgación y uso adicional de la verificación del número de Seguro Social. Para ver una copia del acuerdo modelo completo, visite <https://www.ssa.gov/cbsv/docs/SampleUserAgreement.pdf> (solo disponible en inglés).