

SOLICITUD PARA BENEFICIOS COMO CÓNYUGE

(No escriba en este espacio)

Yo estoy solicitando para todos los beneficios a los cuales tengo derecho bajo el Título II (Seguro Federal de Jubilación, Sobrevivientes e Incapacidad) y la Parte A del Título XVIII (Seguro de salud para las personas de tercera edad e incapacitadas) de la Ley del Seguro Social, actualmente enmendada.

- Suplemento. Si ha completado una solicitud titulada «SOLICITUD PARA BENEFICIOS DE SEGURO POR JUBILACIÓN», solo debe contestar las preguntas con un círculo alrededor. El resto de los reclamantes deben llenar esta solicitud en su totalidad.

1.	(a) Escriba en LETRA DE MOLDE el nombre del trabajador asalariado o persona con trabajo por cuenta propia. ((En este documento conocido como «el trabajador»).	NOMBRE, INICIAL, APELLIDO
	(b) Escriba el número de Seguro Social del trabajador	
2.	Indique con una (X) si es	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
3.	(a) Escriba su nombre en LETRA DE MOLDE	NOMBRE, INICIAL, APELLIDO
	(b) Escriba su número de Seguro Social	

**Conteste la pregunta número 4 si inglés no es su idioma de preferencia.
De lo contrario, continúe a la pregunta número 5.**

4.	Escriba el idioma que prefiere: Al hablar	Al escribir
5.	(a) Escriba su fecha de nacimiento.	MES, DÍA, AÑO
	(b) Escriba el nombre de la ciudad y estado o país extranjero donde nació	
6.	(a) ¿Es ciudadano de los EE. UU.?	<input type="checkbox"/> Sí (Continúe a la pregunta 7.) <input type="checkbox"/> No (Continúe a la pregunta (b))
	(b) ¿Es un extranjero legalmente presente en los EE. UU.?	<input type="checkbox"/> Sí (Continúe a la pregunta (c)) <input type="checkbox"/> No (Continúe a la pregunta 7)
	(c) ¿Cuándo fue admitido legalmente a los EE. UU.?	
7.	(a) Escriba su nombre completo al nacer si es diferente a la pregunta 3(a).	NOMBRE, INICIAL, APELLIDO
	(b) ¿Ha utilizado otros nombres?	<input type="checkbox"/> Sí (Continúe a la pregunta (c)) <input type="checkbox"/> No (Continúe a la pregunta 8)
	(c) Otros nombres que ha utilizado.	
8.	(a) ¿Ha utilizado otros números de Seguro Social?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	(b) Anote los números de Seguro Social que ha usado	

**No conteste la pregunta 9 si ha pasado un año después de haber cumplido su plena edad de jubilación;
continúe a la pregunta 10.**

9.	(a) ¿Actualmente, o durante los últimos 14 meses no ha podido trabajar debido a enfermedad, lesiones o condiciones médica?	<input type="checkbox"/> Sí <i>(Continúe a la pregunta (b))</i>	<input type="checkbox"/> No <i>(Continúe a la pregunta (10))</i>
	(b) Sí, ¿cuándo cree que su condición o condiciones médicas le impidió trabajar (incluso si nunca ha trabajado)?	MES, DÍA, AÑO	
10.	¿Ha usted, su cónyuge (o excónyuge) trabajado en la industria ferroviaria durante 5 años o más?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
11.	(a) ¿Tiene usted (o su cónyuge) créditos de Seguro Social (por ejemplo, en base a su trabajo o por residencia) bajo el sistema de seguro social de otro país?	<input type="checkbox"/> Sí <i>(Continúe a la pregunta (b))</i>	<input type="checkbox"/> No <i>(Continúe a la pregunta (12))</i>
	(b) Indique el país o países.		
12.	(a) ¿Tiene usted, o espera tener derecho, a recibir beneficios de una pensión o anualidad (o un pago global de parte de una pensión o anualidad) basada en su propio empleo y ganancias de parte del gobierno federal de los EE. UU. o de parte de uno de los estados de la nación o sus subdivisiones? <i>(Los beneficios de Seguro Social no son una pensión del gobierno.)</i>	<input type="checkbox"/> Sí <i>(Continúe a la pregunta (b) e indique el que le aplique a usted.)</i>	<input type="checkbox"/> No <i>(Continúe a la pregunta 13)</i>
	(b) Marque un encasillado e indique la fecha en (c)		
	<input type="checkbox"/> Recibo una pensión o anualidad gubernamental. <input type="checkbox"/> Recibí un pago global en lugar de una pensión o anualidad gubernamental. <input type="checkbox"/> Solicité y estoy esperando una decisión sobre mi pensión o pago global. <input type="checkbox"/> No he solicitado, pero espero comenzar a recibir mi pensión o anualidad.		
	(c) Mes Año (Si no sabe la fecha, escriba «No sé»)		

Debo notificar inmediatamente a la Administración del Seguro Social si el tener el derecho a recibir una pensión, anualidad o un pago global basado en mi empleo por la cual no hice pagos de impuestos de Seguro Social o si tal pensión o anualidad cambia o termina.

13.	(a) Escriba la información sobre su matrimonio con el trabajador. Si se casó con el trabajador más de una vez, use el espacio de «Comentarios» para escribir la información adicional del matrimonio. Continúe a la pregunta a 13 (b) si está solicitando como cónyuge divorciado; de lo contrario, continúe a la pregunta 13 (c).		
	Nombre del cónyuge (incluso su nombre antes de casarse)	Cuando (Mes, día, año)	Dónde (Ciudad y estado)
	Cómo terminó el matrimonio (Si no ha terminado, escriba «No ha terminado»)	Cuando (Mes, día, año)	Dónde (Ciudad y estado)
	El matrimonio fue oficiado por: <input type="checkbox"/> Clérigo u oficial público <input type="checkbox"/> Otro (Explique en «Comentarios»)	Fecha de nacimiento del cónyuge (o edad)	Si el cónyuge falleció, indique la fecha de defunción
	Número de Seguro Social del cónyuge <i>(Indique si no hay uno o lo desconoce)</i>		

13. (b) Si se casó otra vez después de divorciarse del trabajador, proporcione la siguiente información sobre su matrimonio actual. Si no se casó otra vez, escriba «Ninguno» y continúe a la pregunta 13(c).

Nombre del cónyuge (incluso su nombre antes de casarse)	Cuando (Mes, día, año)	Dónde (Ciudad y estado)
Cómo terminó el matrimonio	Cuando (Mes, día, año)	Dónde (Ciudad y estado)
El matrimonio fue oficiado por: <input type="checkbox"/> Clérigo u oficial público <input type="checkbox"/> Otro (Explique en «Comentarios»)	Fecha de nacimiento del cónyuge (o edad)	Si el cónyuge falleció, indique la fecha de defunción

Número de Seguro Social del cónyuge (*Indique si no hay uno o lo desconoce*)

(c) Provea información sobre cualquier matrimonio si usted:

- Tuvo un matrimonio que duró por lo menos 10 años; o
- Tuvo un matrimonio que terminó debido al fallecimiento de su cónyuge, independientemente de cuánto tiempo estuvo casado; o
- Estaba divorciado, se volvió a casar con la misma persona dentro del año inmediatamente después del año del divorcio, y el periodo combinado de matrimonio sumó a más de 10 años. Use el espacio de «Comentarios» para escribir información adicional sobre matrimonios. No repita ninguno de los matrimonios anotados en la pregunta 14(a) o 14(b). Si ninguno, escriba «Ninguno».

Con quién se casó	Cuando (Mes, día, año)	Dónde (Ciudad y estado)
Cómo terminó el matrimonio	Cuando (Mes, día, año)	Dónde (Ciudad y estado)
El matrimonio fue oficiado por: <input type="checkbox"/> Clérigo u oficial público <input type="checkbox"/> Otro (Explique en «Comentarios»)	Fecha de nacimiento del cónyuge (o edad)	Si el cónyuge falleció, indique la fecha de defunción

Número de Seguro Social del cónyuge (*Indique si no hay uno o lo desconoce*)

(Use la sección de «Comentarios» en la página 5 para proporcionar información respecto a algún otro matrimonio.)

Si no ha cumplió su plena edad de jubilación o si ha pasado menos de un año desde que cumplió su plena edad de jubilación, conteste la pregunta 14. Si hace más de un año desde que cumplió su plena edad de jubilación, continúe a la pregunta 15.

14. ¿Ha vivido con usted por los últimos 13 meses (contando este mes) algún hijo soltero del trabajador (incluyendo, hijos adoptivos o hijastros), o algún nieto que dependía económicamente del trabajador (incluso algún nietastro) menor de 16 años o que está incapacitado? (Sí, escriba la información a continuación)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre del niño(a)	Cuántos meses vivió con usted (si vivió todos los 13 meses escriba «Todos»)

15. Indique a continuación los nombres y direcciones de todas las personas, empresas o agencias gubernamentales para las cuales usted ha trabajado este año, el año pasado y el año antepasado. **SI NINGUNA, ESCRIBA «NINGUNA» A CONTINUACIÓN Y CONTINÚE A LA PREGUNTA 19.**

NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR (Si ha tenido más de un empleador, por favor enumérelos en orden comenzando con el último [más reciente] empleador.)	El trabajo comenzó		El trabajo terminó (Si todavía trabaja, indique «No ha terminado»)	
	Mes	Año	Mes	Año

(Si necesita más espacio, use la sección de «Comentarios».)

16. (a) ¿Cuánto fue el total de sus ganancias el año pasado? \$ _____

(b) Marque con una «X» en cada encasillado por CADA MES del año pasado en que no ganó más de *\$_____ en salarios, y no desempeñó servicios sustanciales en trabajo por cuenta propia. Estos son meses exentos. Si ninguno de los meses será exento, marque con una «X» en «NINGUNO». Si todos los meses eran exentos, marque con una «X» en «TODOS».

*Escriba el límite mensual apropiado después de leer las instrucciones, «Cómo sus ganancias afectan sus beneficios».

	<input type="checkbox"/> NINGUNO		<input type="checkbox"/> TODOS	
	<input type="checkbox"/> ene.	<input type="checkbox"/> feb.	<input type="checkbox"/> mar.	<input type="checkbox"/> abr.
	<input type="checkbox"/> mayo	<input type="checkbox"/> jun.	<input type="checkbox"/> jul.	<input type="checkbox"/> ago.
	<input type="checkbox"/> sept.	<input type="checkbox"/> oct.	<input type="checkbox"/> nov.	<input type="checkbox"/> dic.

17. (a) ¿Cuánto espera que sea el total de sus ganancias este año? \$ _____

(b) Marque con una «X» en cada encasillado por CADA MES de este año en que no ganó o no ganará más de *\$_____ en salarios y no desempeñó o no desempeñará servicios sustanciales en trabajo por cuenta propia. Estos son meses exentos. Si ninguno de los meses será exento, marque con una «X» en «NINGUNO». Si todos los meses serán exentos, marque con una «X» en «TODOS».

*Escriba el límite mensual apropiado después de leer las instrucciones, «Cómo sus ganancias afectan sus beneficios».

	<input type="checkbox"/> NINGUNO		<input type="checkbox"/> TODOS	
	<input type="checkbox"/> ene.	<input type="checkbox"/> feb.	<input type="checkbox"/> mar.	<input type="checkbox"/> abr.
	<input type="checkbox"/> mayo	<input type="checkbox"/> jun.	<input type="checkbox"/> jul.	<input type="checkbox"/> ago.
	<input type="checkbox"/> sept.	<input type="checkbox"/> oct.	<input type="checkbox"/> nov.	<input type="checkbox"/> dic.

Conteste esta pregunta SOLO si está en los últimos 4 meses de su año tributable (sep., oct., nov. y dic.), si su año tributable está basado en el año natural.

18. (a) ¿Cuánto espera ganar el próximo año? \$ _____

(b) Marque con una «X» en cada encasillado por CADA MES del próximo año en que no espera ganar más de *\$_____ en salarios, y no espera desempeñar servicios sustanciales en trabajo por cuenta propia. Estos serán meses exentos. Si cree que ninguno de los meses será exento, marque con una «X» en «NINGUNO». Si cree que todos los meses serán exentos, marque con una «X» en «TODOS».

*Escriba el límite mensual apropiado después de leer las instrucciones, «Cómo sus ganancias afectan sus beneficios».

	<input type="checkbox"/> NINGUNO		<input type="checkbox"/> TODOS	
	<input type="checkbox"/> ene.	<input type="checkbox"/> feb.	<input type="checkbox"/> mar.	<input type="checkbox"/> abr.
	<input type="checkbox"/> mayo	<input type="checkbox"/> jun.	<input type="checkbox"/> jul.	<input type="checkbox"/> ago.
	<input type="checkbox"/> sept.	<input type="checkbox"/> oct.	<input type="checkbox"/> nov.	<input type="checkbox"/> dic.

Si usa un año fiscal, es decir, un año tributable que no termina el 31 de diciembre (con una declaración de impuestos que vence el 15 de abril), indique aquí el mes en que termina su año fiscal. _____

Mes

Si todavía no ha cumplido su plena edad de jubilación y no tiene un niño que tenga derecho a los beneficios bajo su tutela, conteste la pregunta 19. Si ya cumplió su plena edad de jubilación o si tiene un niño que tenga derecho a los beneficios bajo su tutela, conteste la pregunta 20.

FAVOR DE LEER DETENIDAMENTE LA INFORMACIÓN AL FINAL DE LA PÁGINA 8 Y CONTESTE UNA DE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

19. (a) Quiero comenzar a recibir los beneficios el primer mes posible y aceptaré una reducción por concepto de edad.
- (b) Ya cumplí mi plena edad de jubilación (o la cumpliré dentro de 12 meses) y quiero comenzar a recibir los beneficios el primer mes posible, siempre y cuando no haya reducción permanente en mis beneficios mensuales.
- (c) Quiero beneficios comenzando en (fecha) _____ .

INFORMACIÓN SOBRE MEDICARE

Si se aprueba esta reclamación y todavía tiene derecho a beneficios a los 65 años o le faltan 3 meses o menos para cumplir los 65 años, podría recibir la cobertura de la Parte A de Medicare (seguro de hospital) y la Parte B de Medicare (seguro médico) automáticamente a los 65 años. Si no tiene derecho a la inscripción automática a la Parte B de Medicare, necesitará comunicarse con el Seguro Social para solicitarla.

CONTESTE LA PREGUNTA 20 SOLO SI LE FALTAN 3 MESES PARA CUMPLIR LOS 65 DE EDAD

La Parte B de Medicare (seguro médico) ayuda a cubrir los servicios de los médicos y como paciente ambulatorio. También cubre otros servicios que la Parte A de Medicare no cubre, tales como los servicios de terapia física y ocupacional y algunos servicios de cuidado de salud en el hogar. Si se inscribe en la Parte B de Medicare, tendrá que pagar una prima mensual. La cantidad de su prima mensual se determinará cuando comience su cobertura. En algunos casos, su prima mensual puede ser más alta de acuerdo con la información que recibimos del Servicio de Impuestos Internos, [*Internal Revenue Service*, (IRS, por sus siglas en inglés)] sobre su ingreso. Sus primas mensuales serán descontadas de la cantidad de sus beneficios mensuales de Seguro Social, de sus beneficios de jubilación ferroviaria o de los beneficios que recibe de la Oficina de Administración de Personal. Si no recibe dichos beneficios, entonces recibirá una carta explicándole cómo pagar sus primas mensuales. También recibirá una carta si hay algún cambio en la cantidad de su prima mensual.

Multa por inscripción tardía

Si no se inscribe en la Parte B cuando es elegible por primera vez, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía durante el tiempo que tenga Parte B. Su prima mensual para la Parte B puede aumentar un 10% por cada período completo de 12 meses que podría haber tenido la Parte B, pero no se inscribió en ella. Además, es posible que tenga que esperar hasta el Período de Inscripción General (del 1 de enero al 31 de marzo) para inscribirse en la Parte B, y la cobertura comenzará el 1 de julio de ese año.

También puede inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare (Parte D). Para informarse mejor acerca de los planes de medicamentos recetados de Medicare y cuándo puede inscribirse, visite www.medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY 1-877-486-2048). Medicare también puede informarle acerca de las agencias en su área que pueden ayudarle a elegir su cobertura de medicamentos recetados. La cantidad de su prima varía dependiendo con el proveedor del plan de medicamento recetados que elija. La cantidad que pague para la Parte D puede ser más alta que la prima listada en el plan, basada a información sobre sus ingresos recibidas por los Servicios de Impuestos Internos.

Si tiene ingresos y recursos limitados, lo motivamos a que solicite el Beneficio Adicional que está disponible a ayudarlo con el costo de los medicamentos recetados. El Beneficio Adicional puede pagar las primas mensuales, deducibles anuales y copagos de los medicamentos. Para informarse mejor o para solicitarlo, por favor visite www.segurosocial.gov, llame al 1-800-772-1213 y oprima 7 para español (TTY 1-800-325-0778) o visite la oficina de Seguro Social más cercana.

20. ¿Quiere inscribirse en la Parte B de Medicare (seguro médico)? Sí No
21. Si solo le faltan 2 meses para cumplir los 65 años, es ciego, o está incapacitado, ¿quiere presentar una solicitud para los beneficios de Seguridad de Ingreso Suplementario? Sí No

COMENTARIOS (Puede usar este espacio para escribir cualquier explicación. Si necesita más espacio, adjunte otra hoja de papel.)

RECIBO DE SU RECLAMACIÓN DE BENEFICIOS DE SEGURO COMO CÓNYUGE DEL SEGURO SOCIAL

NÚMEROS TELEFÓNICOS PARA LLAMAR SI TIENE PREGUNTAS O ALGO QUE INFORMAR	ANTES DE RECIBIR UN AVISO DE APROBACIÓN	OFICINA DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE RECIBO DE SU RECLAMACIÓN
	DESPUÉS DE RECIBIR UN AVISO DE APROBACIÓN		
Su solicitud de reclamación para recibir los beneficios de Seguro Social ha sido recibida y será procesada lo más pronto posible.			
Nos comunicaremos con usted dentro de _____ días después que nos haya suministrado toda la información que solicitamos. Algunas reclamaciones toman más tiempo si se necesita información adicional.			
Mientras tanto, si tiene un cambio de dirección, o si hay algún otro cambio que pueda afectar su reclamación,			
		usted - o alguien a su nombre - debe informar el cambio comunicándose con el número de teléfono mencionada anteriormente.	
		Los cambios que tienen que ser informados están indicados en la página 8. Siempre debe proveer su número de reclamación cuando escriba o llame acerca de su reclamación.	
		Con mucho gusto le ayudaremos si tiene preguntas sobre su reclamación.	
RECLAMANTE	APPELLIDOS DEL TRABAJADOR SI ES DIFERENTE AL DEL RECLAMANTE	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	

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

Las secciones 202, 205, 223(a), y 226 de la Ley del Seguro Social, según enmendada, nos autoriza a recopilar esta información. Usted proporciona esta información de manera voluntaria. No obstante, el no proveer parte o toda la información que solicitamos podría impedir que tomemos una decisión exacta y oportuna referente a cualquier solicitud de beneficios que se haya presentado.

Usaremos la información en este formulario para determinar si tiene derecho a recibir los beneficios. También podemos compartir su información para los siguientes propósitos, llamados usos rutinarios.

- A los contratistas y otras agencias federales, según sea necesario, para ayudar al SSA en la administración eficiente de sus programas; y
- A estudiantes voluntarios, personas que trabajan bajo un contrato de servicios personales y otras personas que realizan funciones para el SSA, pero técnicamente no tienen el estado de empleados de la agencia, si necesitan acceso a los registros para realizar sus funciones asignadas de la agencia.

Además, podemos compartir esta información de acuerdo con la Ley de Confidencialidad y otras leyes federales. Por ejemplo, cuando esté autorizado, podemos usar y divulgar esta información en programas de emparejamiento de computadoras, en los que nuestros registros se comparan con otros registros para establecer o verificar el derecho de una persona para tener derechos a los programas de beneficios federales y para el pago de deudas incorrectas o morosas bajo estos programas.

Una lista de usos rutinarios adicionales está disponible en nuestro Sistema de Registro de la Ley de Confidencialidad «*Privacy Act System of Records Notices* (SORN, por sus siglas en inglés) 60-0059», titulado Sistema de Registro de ganancias e ingresos de trabajo por cuenta propia «*Earnings Recording and Self-Employment Income System*», publicado en el Registro Federal «*Federal Register*, (FR, por sus siglas en inglés)» el 11 de enero de 2006, al 71 FR 1819 y 60-0089 titulado Sistema de Registro de Reclamo «*Claims Folder System*» como publicado en el FR el 31 de octubre de 2019 en 84 FR 58422. Información adicional, y una lista completa de todos nuestros SORN's, está disponible en nuestro sitio de internet en www.ssa.gov/privacy (solo disponible en inglés).

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 Administración y Presupuesto (OMB, por sus siglas en Inglés). 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 y oprima el 7 para español (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.

CAMBIOS QUE DEBEN SER INFORMADOS Y CÓMO INFORMARLOS - NEGLIGENCIA EN INFORMAR PUEDE RESULTAR EN SOBREPAGOS QUE TENDRÁN QUE SER REEMBOLSADOS y EN POSIBLES MULTAS MONETARIAS.

- Si cambia su dirección postal para cheques. *(Para evitar demoras en el recibo de cheques TAMBIÉN debe presentar un cambio de dirección a su oficina postal.)*
 - Si su ciudadanía o estatus inmigratorio cambia.
 - Si algún beneficiario sale de los EE. UU. por 30 días consecutivos o más.
 - Si algún beneficiario fallece o ya no es capaz de administrar sus propios beneficios.
 - Cambios de trabajo - en su solicitud usted indicó que espera ganancias totales para el _____ de \$ _____ .
(Año)
 - Usted (está) (no está) ganando salarios de más de \$ _____ al mes.
 - Usted (está) (no está) trabajando por cuenta propia desempeñando servicios sustanciales en su oficio o negocio.
(Informe de INMEDIATO si cambia este patrón de trabajo.)
 - Cambio en el estado civil - Se casa, se divorcia o anula su matrimonio. Debe informar su matrimonio aún si cree que una extensión aplica.
 - Si está confinado por más de 30 días consecutivos a una cárcel, prisión, o institución penal o correccional por la condena de un delito, o está confinado por más de 30 días consecutivos en una institución pública por una orden judicial en conexión con un delito.
 - Si tiene una orden de detención pendiente para su arresto por más de 30 días consecutivos por un delito o por intentar un delito que es un delito grave de fuga para evadir el ser procesado o confinando, o se fuga mientras estaba bajo custodia o fuga escapatoria. En la mayoría de las jurisdicciones que no catalogan estos crímenes como delitos graves, esta cláusula aplica a los crímenes cuyo castigo es la pena de muerte o encarcelamiento por un periodo que exceda un año (independiente de cuál sea la sentencia dictada).
 - Si tiene una orden de detención pendiente por más de 30 días consecutivos por violar su libertad vigilada o condicional bajo la ley federal o estatal.
 - Si empieza a recibir una pensión o anualidad basada en su empleo por la que no pagó impuestos de Seguro Social o si cesa de recibir dicha pensión o anualidad.
 - Cambio de custodia o mejoría de la incapacidad -- Tiene que informarnos si la persona para quien usted está solicitando o quien está bajo su cuidado fallece, deja de estar bajo su cuidado o custodia, cambia de dirección postal, o si está incapacitado, si la incapacidad mejora.
 - Si se convierte en padre de un niño (incluso un niño adoptivo) después de haber presentado su reclamación, debe informarnos sobre el niño para que podamos decidir si el niño tiene derecho a recibir los beneficios. El fallar en informar sobre la existencia de estos niños puede resultar en la pérdida de posibles beneficios para los niños.
 - Si su hijastro tiene derecho a recibir los beneficios bajo el registro de ganancias de usted, y usted se divorcia del padre o de la madre del hijastro. Los beneficios del hijastro no son pagaderos a partir del mes después en que el divorcio se finalice.
- Qué debe hacer para informarnos**
- Puede hacer sus informes por internet, teléfono, correo, o en persona, según lo prefiera
- Si se aprueba su reclamación y uno o más de los cambios mencionados ocurren, debe informarnos:
- Visitando la sección titulada «Servicios por internet» en www.segurosocial.gov;
 - Llamando GRATIS al 1-800-772-1213;
 - Si es sordo o tiene problemas de audición, llamando GRATIS a nuestro número TTY 1-800-325-0778; o
 - Llamando, visitando, o escribiéndole a su oficina local de Seguro Social al teléfono y dirección mostrados en el recibo de su solicitud.
- Para información general sobre el Seguro Social, visite nuestro sitio de internet en www.segurosocial.gov.
- Para las personas que todavía no han cumplido su plena edad de jubilación, la ley requiere que se presente un informe de ganancias con el Seguro Social dentro de los 3 meses y 15 días después del fin del año tributable en que usted gane más de la cantidad anual exenta. Puede comunicarse con el Seguro Social para presentar un informe. De lo contrario, el Seguro Social usará las ganancias informadas por sus empleadores y su declaración de impuestos de trabajo por cuenta propia (si aplica) como el informe de ganancias requerido por ley y ajustará los beneficios según el límite de ganancias. Es su responsabilidad asegurarse que la información que nos proporcione referente a sus ganancias esté correcta. Debe proporcionar información adicional según sea necesaria cuando el ajuste de sus beneficios basado en las ganancias de su registro no esté correcto.

Bajo una regla especial conocida como el «límite de ganancias mensual», usted puede recibir la cantidad completa de sus beneficios por cualquier mes en que no gane salarios sobre el límite mensual y no desempeñe servicios sustanciales en trabajo por cuenta propia, independientemente de lo que gane durante el año. Para los beneficiarios en la edad de jubilación, esta regla especial se puede aplicar a un sólo año tributario que, por lo general, es el año de jubilación. Para beneficiarios más jóvenes como cónyuges jóvenes (con derecho a recibir los beneficios basado solo en que tienen algún niño bajo su tutela), esta regla especial se puede usar por dos años tributables. El primer año tributable en que el límite mensual de ganancias se puede usar es por lo general el primer año en que tiene derecho a recibir los beneficios. El segundo año tributable en que se puede usar el límite de ganancias mensual siempre es el año en que termina su derecho a recibir los beneficios. Para los otros años, la cantidad total de beneficios pagadera se basará únicamente en el total de sus ganancias anuales independientemente de la cantidad de las ganancias mensuales o de los servicios rendidos en trabajo por cuenta propia.

**POR FAVOR LEA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN CUIDADOSAMENTE
ANTES DE CONTESTAR LA PREGUNTA 19.**

- Si todavía no ha cumplido su plena edad de jubilación, no se le puede pagar los beneficios como cónyuge por ningún mes antes del mes en que presente su solicitud.
- Si ya cumplió su plena edad de jubilación, los beneficios de cónyuge se podrían pagar por algunos meses antes del mes en que presente esta solicitud, pero no antes del mes en que cumplió su plena edad de jubilación.
- Si su primer mes con derecho a recibir los beneficios es antes de que usted cumpla su plena edad de jubilación, la cantidad de los beneficios será reducida. Sin embargo, si no recibe la cantidad completa de sus beneficios por un mes o varios meses antes de cumplir su plena edad de jubilación porque los beneficios son retenidos debido a sus ganancias, la cantidad de sus beneficios aumentará cuando cumpla su plena edad de jubilación para darle crédito por esta retención. Por lo tanto, la cantidad de sus beneficios cuando cumpla su plena edad de jubilación será reducida solo si recibe uno o más pagos de beneficios completos antes del mes en que cumpla su plena edad de jubilación.