

SOLICITUD PARA REVOCAR UNA RECLAMACIÓN

No escriba en este espacio

AVISO IMPORTANTE - Esta es una petición para revocar su solicitud. Si la aprobamos, la decisión que tomamos en su solicitud, no tendrá ningún efecto legal. Usted renunciará a todos los derechos inherentes a una solicitud, incluyendo los derechos de apelación. Tendrá que devolver cualquier pago que se le haya hecho a usted o a alguna otra persona en base a esa solicitud. Usted tendrá que solicitar de nuevo si desea una determinación de sus derechos de Seguro Social en cualquier momento en el futuro. Es posible que cualquier solicitud subsiguiente no incluya el mismo período retroactivo. Nuestra intención es que use este procedimiento solamente cuando su decisión de solicitar resultó o resultará en una desventaja para usted. Su oficina local del Seguro Social tendrá gusto en explicarle si este procedimiento le ayuda a usted y en qué forma.

NOMBRE DEL TRABAJADOR, INDIVIDUO QUE TRABAJA POR CUENTA PROPIA O INDIVIDUO CON DERECHO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
----------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------

SI ES DIFERENTE, ESCRIBA SU NOMBRE EN LETRA DE MOLDE (Nombre, inicial, apellido)	SU NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
----------------------------------------------------------------------------------	----------------------------

TIPO DE BENEFICIO QUE DESEA REVOCAR	FECHA DE RECLAMACIÓN	SI APLICA, ¿DESEA MANTENER LOS BENEFICIOS DE MEDICARE? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
-------------------------------------	----------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Por la presente, solicito el revocar mi solicitud, cuya fecha se indica arriba por las razones que menciono más abajo. Entiendo que: (1) esta solicitud no puede ser revocada después de 60 días a partir de la notificación de aprobación enviada por correo; y (2) si se ha hecho una determinación acerca de mis derechos, debe haber un reembolso de todos los beneficios pagados en la solicitud que deseo revocar y así también todas las demás personas, cuyos beneficios se verían afectados, deben dar su consentimiento para la revocación de esta solicitud. Además, entiendo que la solicitud revocada y todo el material relacionado permanecerán como parte de los registros de la Administración del Seguro Social y que esta revocación no afectará la acreditación adecuada de los salarios o los ingresos del trabajo por cuenta propia en mi registro de ganancias del Seguro Social.

Dé las razones para la revocación de la solicitud. (Si necesita más espacio, use el dorso de este formulario.)

- Mi intención es seguir trabajando. (Se me ha notificado sobre las opciones de revocar una solicitud, para solicitantes que aún no han alcanzado la plena edad de jubilación y aún deseo revocar mi solicitud.)
- Otro (Por favor explique detalladamente): _____

Continúa al dorso

FIRMA DE LA PERSONA QUE HACE ESTA SOLICITUD

Firma (Nombre, inicial, apellido) (Escriba con tinta)	Fecha (Mes, día, año)
FIRME AQUÍ	Número de teléfono (incluya código de área)

Dirección Postal (Número y calle, Número del Apartamento, Apartado Postal o Ruta Rural)

Ciudad y Estado	Código Postal	Indique el Nombre del Condado (si alguno) donde usted vive ahora
-----------------	---------------	------------------------------------------------------------------

Ley de Confidencialidad Recopilación y uso de información personal

Las secciones 202, 205, 223 y 1872 de la Ley del Seguro Social, según enmendada, nos autorizan a recopilar la información en este formulario. El proveernos la información es voluntario. Sin embargo, el no proveer toda o parte de la información puede causar que descontinúemos la consideración de su reclamación de beneficios.

Utilizaremos la información para considerar la revocación de su solicitud para beneficios. También podemos compartir su información para los siguientes fines, llamados usos rutinarios:

- Con terceras partes en situaciones en las que la parte que se va a contactar tiene, o se espera que tenga, información relacionada con la capacidad del individuo para manejar sus asuntos con derecho a sus beneficios bajo el programa del Seguro Social, cuando el individuo no puede proveer la información que se busca; y
- Con contratistas y otras agencias federales, según sea necesario, con el fin de asistir a la Administración del Seguro Social a administrar sus programas eficientemente.

Además, es posible que compartamos la información de acuerdo con la Ley de Privacidad y otras leyes federales. Por ejemplo, donde sea autorizado, podemos usar y divulgar esta información por medio de programas de computadora, en los cuales nuestros programas son comparados con otros registros para establecer o verificar el derecho de la persona para los programas de beneficios federales y para el reembolso de deudas incorrectas o deudas delincuentes bajo estos programas.

Una con usos rutinarios adicionales está disponible en nuestro Sistema de Registros y Avisos del Acta o Ley de Confidencialidad (SORN) 60-00089, titulado «Claims Folder System» Información adicional y un listado completo de todo nuestro Sistema de Registros y Avisos del Acta o Ley de Confidencialidad (SORNs) está disponible en nuestro sitio de internet al <https://www.ssa.gov/privacy>.

Declaración de la Ley de 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. Calculamos que le tomará alrededor de 5 minutos leer las instrucciones, reunir los datos y contestar las preguntas. **ENVÍE O LLEVE EL FORMULARIO COMPLETO A SU OFICINA LOCAL DEL SEGURO SOCIAL. Puede encontrar su oficina local del Seguro Social a través de nuestro sitio de Internet www.segurosocial.gov. Una lista de las oficinas aparecen bajo agencias del gobierno de los EE. UU., en su guía telefónica o puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).** *Puede enviar comentarios sobre nuestra estimación del tiempo que se indica arriba a: SSA, 6401 Security Blvd., Baltimore, MD 21235-6401. Envíe solo los comentarios relacionados a nuestra estimación de tiempo a esta dirección, no el formulario completado.*