

ADVISO POR ADELANTADO DE CESE DE BENEFICIOS PARA NIÑOS

Nombre y dirección	Número de reclamación de seguro social
	Nombre del niño(a) que recibe estos beneficios y a quién se refiere este aviso
	Fecha en que el niño(a) cumple los 18 años de edad

Sus beneficios cesarán automáticamente cuando cumpla los 18 años de edad a menos que:

- Sea un estudiante a tiempo completo en una escuela elemental o secundaria (hasta el grado 12, según lo define la jurisdicción de la escuela); o
- Tenga derecho a recibir los beneficios por como hijo incapacitado.

Sus beneficios cesarán con el pago que corresponde al mes antes de que cumpla sus 18 años de edad. Para los efectos de beneficios de Seguro Social, usted cumple sus 18 años el día antes de su cumpleaños. Este detalle es muy importante especialmente si nació el primer día del mes. Por ejemplo, si su cumpleaños es el 1 de junio, para los efectos de beneficios de Seguro Social, usted cumple sus 18 años el 31 de mayo. Por lo tanto, no se recibirá beneficios correspondientes al mes de mayo, a menos que esté incapacitado o esté asistiendo a la escuela a tiempo completo. Sus últimos beneficios los recibirá en el mes de mayo, pero estos corresponden al mes de abril.

Para poder recibir los beneficios como estudiante después de cumplir sus 18 años de edad, tiene que:

1. Llenar el formulario titulado, Declaración del estudiante sobre asistencia escolar fuera de los EE. UU. (página 2 y 3).
2. Llevar el formulario a la escuela para que un oficial de la escuela certifique en la página 4 la información que usted proporcionó en las páginas 2 y 3 del formulario.
3. El oficial de la escuela debe retener el formulario titulado, Aviso de cese de asistencia escolar a tiempo completo (que se encuentra en las páginas 5 y 6).
4. Devuelva, en persona o por correo general, las páginas 2, 3, y 4 de este formulario a una de las siguientes oficinas:
 - Si reside en el Canadá, las islas Samoanas o las Islas Vírgenes Británicas, la oficina del Seguro Social de los EE UU. más cercana a usted;
 - Si reside en algún otro país, envíe el formulario a, Social Security Administration, Division of International Operations, P.O. Box 17769, Baltimore, MD 21235-7769 o llame a la Unidad de Beneficios Federales. Para una lista de la Unidad de Beneficios Federales visitando www.socialsecurity.gov/foreign/foreign.htm (solo disponible en inglés).

Para poder recibir los beneficios como hijo incapacitado desde la niñez, tiene que comunicarse con una de nuestras oficinas antes mencionadas y presentar la siguiente información:

1. El historial de la incapacidad, incluso los nombres y direcciones de las fuentes de los expedientes médicos (tal como de los hospitales y doctores) y las escuelas a las que ha asistido. Si ha trabajado, también tiene que proveer su historial de trabajo.
2. Su número de Seguro Social de los EE. UU.

Por favor retenga, para sus registros, la hoja adjunta, titulada, información sobre sus beneficios después de cumplir sus 18 años de edad (página 7). Ésta hoja contiene información importante sobre su derecho a los beneficios como estudiantes y sus deberes de informar.

DECLARACIÓN DEL ESTUDIANTE SOBRE SU ASISTENCIA ESCOLAR FUERA DE LOS EE. UU.

<p>La información que se solicita en este formulario se hace de acuerdo con la autoridad otorgada por la ley (42 U.S.C. 402 y 405). Aunque usted no tiene que responder, su cooperación es necesaria para confirmar su derecho pasado o continuo a los beneficios de Seguro Social como estudiante.</p>	Nombre y dirección
Número de reclamación de seguro social	(Para cambiar o corregir la dirección, tache la dirección antigua y escriba la nueva.)

1. Año escolar presente

(a). ¿Está usted asistiendo a tiempo completo ahora? Sí No

(Nota Aclaratoria: Si está llenando este formulario durante las vacaciones de verano pero asistió a la escuela a tiempo completo antes del verano y regresará a estudiar en el otoño, debe contestar «Sí» a la pregunta 1(a). Debe escribir la fecha del comienzo del próximo semestre en la pregunta 1(b). Vea la pregunta 2 para información sobre su asistencia escolar anterior.)

(b). Escriba en letra de molde el nombre y dirección de la escuela.	El año escolar comenzó (mes, día, año)	El año escolar terminará (mes, día, año)
Nombre		
Dirección física		
Ciudad y estado o provincia		
(c). Tipo de sistema escolar:		
<input type="checkbox"/> Escuela secundaria (incluso «un gimnasio», «liceo», «secundaria» u otro tipo de escuela a nivel de secundaria)	<input type="checkbox"/> Preparatoria	
	<input type="checkbox"/> Otro tipo de escuela (<i>explique</i>) _____	
(d). Indique el número de horas que se le requieren asistir cada semana.	(e). Indique el grado que está cursando al presente.	
(f). Indique la fecha en que se ANTICIPA que se graduará de la escuela SECUNDARIA (o sea, del grado 12).	Mes y año	
(g). Entre hoy y la fecha en que se espera graduará, ¿durante qué meses no estará asistiendo la escuela a tiempo completo? (Por ejemplo, los meses de vacaciones de verano.)		

2. Año escolar pasado

(a). Escriba en letra de molde el nombre y dirección de la escuela a la que asistió en su último año escolar. (Si el nombre de la escuela es el mismo que el que escribió en la pregunta 1, escriba «La misma» y continúe a la pregunta (b).)

(b). Fecha en que comenzará el año escolar (mes, día, año).	Fecha en que terminará el año escolar (mes, día, año).
(c). Show the number of hours you were scheduled to attend each week.	(d). Show the grade in which you were enrolled.

3. Próximo año escolar

(a). ¿Es su intención el estar matriculado en una escuela a tiempo completo en el próximo año escolar?

Sí No Todavía no sé

(Si su respuesta es «No» o «Todavía no sé», continúe a la pregunta número 4. Si su respuesta es «Sí» conteste la pregunta (b).)

(b). Escriba en letra de molde el nombre y dirección de la escuela a la que asistirá. (Si el nombre de la escuela es el mismo que el que escribió en la pregunta 1, escriba «La misma» y continúe a la pregunta (c).)

(c). Fecha en que comenzará el año escolar (mes, día, año). Fecha en que terminará el año escolar (mes, día, año).

(d). Indique cuántas horas se le requería asistir por semana (e). Indique el grado que estará cursando

4. ¿Está incapacitado? Sí No

5. ¿Está casado? Sí No
 Sí su respuesta es «Sí, estoy casado», indique la fecha en que se casó.

6. (a). ¿Se ha desempeñado en un empleo o ha tenido su propio negocio fuera de los EE. UU. durante uno o todos los últimos 13 meses, incluso el mes en curso? (Vea la información en la página 7.) Sí No

(b). Si su respuesta es «Sí», proporcione la información que solicitamos a seguir en referencia a su contrato de aprendizaje, o empleo o su propio negocio, fuera de los EE. UU.

Nombre y dirección de su empleador

(Si es su propio negocio, escriba «negocio propio» y la dirección en la cual se llevó a cabo las transacciones.)

Tipo de negocio

Fecha en que comenzó a trabajar (o que comenzó su propio negocio).

Fecha en que ceso su empleo (o que ceso su negocio propio). (Si no ha cesado, no escriba nada.)

(c). ¿Se desempeñará en un empleo o tendrá su propio negocio durante el próximo año escolar? Sí No

7. Si su empleador le está pagando o le pagará para que usted asista a la escuela, escriba el nombre de su empleador y la dirección del mismo. (Si el empleador es el mismo que aparece en la pregunta 6, indíquelo escribiendo «el mismo que en la pregunta 6».)

8. ¿Tiene alguna orden pendiente, de más de 30 días, para su arresto por un crimen que tiene como condena la pena de muerte o confinamiento por más de un año o la orden es porque usted violó las condiciones de su libertad condicional o libertad bajo palabra, de acuerdo con el código de leyes federales o estatales?

Sí No

Yo consiento en avisar a la Administración del Seguro Social sobre si me caso, comienzo a trabajar o si mi asistencia a la escuela cambia. Yo consiento en reembolsar todos los beneficios a los que no tenga derecho. Yo comprendo que cualquier persona que suministre una declaración o representación falsa o engañosa sobre algún hecho material necesario para determinar el derecho a recibir beneficios bajo la Ley Seguro Social, comete un crimen y puede ser encarcelado o multas, o ambas acciones. Yo afirmo que toda la información separable. Yo autorizo a mi escuela a divulgar a la Administración del Seguro Social cualquier información pertinente a mi estado como estudiante, referente a mis beneficios de Seguro Social pasados, presentes o futuros.

FIRMA DEL ESTUDIANTE

Firma (nombre, inicial, apellido (use un bolígrafo)

Dirección Postal

Número de Seguro Social del estudiante

Número de teléfono (incluya el código de área)

Fecha

CERTIFICACIÓN DEL OFICIAL DE LA ESCUELA

Nombre del estudiante	Número de reclamación de Seguro Social
-----------------------	--

Por favor revise la información a seguir sobre el estudiante, provista en la páginas 2 y 3, conteste las preguntas a continuación, anote la fecha en que se espera que se gradúe el estudiante en la página 5 y firme y feche el formulario en el espacio provisto. Usted debe devolverle las páginas 2, 3 y 4 al estudiante para que se las devuelva a la Administración del Seguro Social de los EE. UU y retenga copias en los archivos de la escuela como información del registro del estudiante que usted certificó. Por favor retenga la página 5 para informar si cesa la asistencia del estudiante a tiempo completo o el estudiante se gradúa antes de la fecha indicada en la página 2.

1. Toda la información en los artículos 1, 2 y 3 en la página 2 y 3 están correctos de acuerdo a los registros de la escuela. Sí No
2. ¿Duran los cursos de estudios por lo menos 13 semanas? Sí No
3. Por favor indique cuáles de los siguientes aplican en cómo operara la escuela.
- Anual
 - Trimestre/Semestre - Sin requisito de matriculación
 - Trimestre/Semestre - Con requisito de matriculación
4. Yo recibí las páginas 5 y 6 de este formulario para informar los cambios en la asistencia del estudiante. Sí No
5. Yo escribí la fecha prevista de graduación del estudiante en la página 5 de este formulario, según lo indicado en la página 2. Sí No

Yo comprendo que cualquier persona que suministre una declaración o representación falsa o engañosa sobre algún hecho material necesario para determinar el derecho a recibir beneficios bajo la Ley Seguro Social, comete un crimen condenable de acuerdo con la ley federal y la ley estatal. Yo afirmo que today la información proporcionada en este documento es cierta.

Firma del oficial de la escuela	Título
---------------------------------	--------

Nombre en letra de molde

Fecha	Número de teléfono (incluya el código de área)
-------	--

LA ESCUELA DEBE DE SEPARAR Y RETENER ESTE FORMULARIO

SOCIAL SECURITY ADMINISTRATION
Division of International Operations
P.O. Box 17769
Baltimore, MD 21235-7769 USA

AVISO DE CESE DE ASISTENCIA ESCOLAR A TIEMPO COMPLETO

Nombre de la persona que recibe los beneficios de Seguro Social	Fecha de nacimiento	Número de reclamación de Seguro Social
---	---------------------	--

El estudiante identificado en este formulario cesó de ser un estudiante a tiempo completo en esta escuela en (mes, día, año).

Razón:

- 1. Retiro voluntario de la escuela, suspendido o expulsado.
- 2. Cambió a Tiempo Parcial.
- 3. Falló en asistir a tiempo completo al principio del nuevo semestre (o del nuevo año escolar).
- 4. Otra razón (*explique*).

Nombre y dirección de la escuela

Yo declaro bajo pena de perjurio que he examinado toda la información en este formulario, y en cualquier declaración o formulario que lo acompañe, y que la misma es correcta y verdadera según mi mejor entender.

Firma (o facsímil) del oficial escolar	Nombre en letra de molde
Título	Fecha

INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE ESTE FORMULARIO

Este formulario contiene el nombre, fecha de nacimiento y número de reclamación de Seguro Social de los EE. UU. de un niño (a) quien recibe beneficios y quien dice ser un estudiante a tiempo completo en su escuela (o será un estudiante a tiempo completo cuando se reanude la escuela). Para poder recibir los beneficios de Seguro Social, el niño (a) debe estar entre los 18 y los 19 años de edad y estar matriculado como estudiante a tiempo completo.

Asistencia a tiempo completo

Para propósitos de Seguro Social, un estudiante a «tiempo completo» es uno que está asistiendo a una escuela elemental o secundaria y está matriculado de día o de noche en un curso, que no sea por correspondencia, y que dura por lo menos 13 semanas. La matriculación no puede pasar sobre el nivel del grado 12. Además, el estudiante debe tener un horario de por lo menos 20 horas semanales y tener el número de cursos requeridos por la escuela de un estudiante a tiempo completo de día correspondiente a los requisitos y políticas de la escuela. Si no está seguro(a) sobre si la asistencia del estudiante se considera como a asistencia a tiempo completo o parcial, por favor aplique los requisitos y políticas de la escuela.

Lo que debe informar

Por favor retenga este formulario hasta que el estudiante cese su matrícula a tiempo completo en su escuela (ya sea durante el año en curso, al principio del próximo año, o en cualquier momento después de eso). Luego, escriba la fecha que cesó de ser estudiante a tiempo completo, marque el encasillado apropiado arriba y devuelva el formulario a la oficina de Seguro Social indicada anteriormente, o la oficina del Seguro Social de los EE. UU. o Unidad de Beneficios Federales más cercana a usted. Para una lista de la Unidad de Beneficios Federales visite www.socialsecurity.gov/foreign/foreign.htm.

No devuelva el formulario para informar que el estudiante ha dejado de asistir la escuela durante un receso (por ejemplo, las vacaciones de verano) a menos que no se espere que el estudiante regrese después del receso. Debe informar si el estudiante cesa de asistir a la escuela a tiempo completo o se gradúa más temprano de la fecha de graduación antes mencionada.

Los agentes en las oficinas antes mencionadas están a su disposición para contestar sus preguntas sobre este formulario o alguna otra pregunta que tenga sobre el Seguro Social.

Gracias por su cooperación.

Ley de Confidencialidad Recopilación personal

Las secciones 202(d) y 205(a) de la Ley del Seguro Social, según enmendada, autorizan a la Administración del Seguro Social a recopilar la información que se solicita en estos formularios. Aunque al completar este formulario usted lo hace de manera voluntaria, el no proveer toda o parte de esta información puede impedir que podamos tomar una determinación precisa y sin demoras referente a la reclamación presentada.

La información que usted suministre será utilizada para verificar la asistencia escolar a tiempo completo y para determinar si el hijo de un trabajador asegurado tiene derecho a recibir los beneficios como estudiante. Es posible que usemos la información con los siguientes propósitos, lo cual llamamos usos rutinarios:

1. A los solicitantes, demandantes, posibles solicitantes o posibles demandantes, que no sean el interesado, los beneficiarios de representantes autorizados en la medida que sea necesaria para perseguir los reclamos del Seguro Social y a los beneficiarios representativos cuando la información pertenezca a los individuos para los que sirven como beneficiarios representativos, con el propósito de ayudar a la SSA en la administración en sus responsabilidades de pago representativas bajo la Ley del Seguro Social y ayudar a los representantes de beneficiarios realizar sus responsabilidades; y
2. Para ayudar al departamento del estado y sus agentes para ayudar a administrar la Ley del Seguro Social en los países extranjeros a través de sus instalaciones y servicios.

También es posible que compartamos la información suministrada cuando comparamos registros por computadora. Los programas de comparación de registros por computadora cotejan nuestros registros con los de otras agencias del gobierno federal, estatal y municipal. Usamos estos programas de comparación de registros para probar o verificar que una persona tiene derecho a los beneficios financiados o administrados por el gobierno federal o para cobrar deudas morosas bajo estos programas de beneficios.

La lista completa de los usos rutinarios de esta información está disponible en nuestro Sistema de Registros de Avisos de la Ley de Confidencialidad 60-0089 titulada, «Claims Folders System» (solo disponible en inglés). Información adicional acerca de nuestros programas y sistemas de avisos, están disponibles en nuestro sitio de internet www.socialsecurity.gov/foia/bluebook.

Ley de Reducción de Trámites:

Esta recopilación de información cumple con los requisitos de aprobación de la sección 44 U.S.C. § 3507 según enmendada por la Sección 2 de la Ley de Reducción de Trámites del 1995. No tiene que contestar estas preguntas a menos que mostremos un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto. Calculamos que le tomará aproximadamente 3 minutos para leer las instrucciones, reunir los datos y contestar las preguntas. **Por favor, envíe a esta dirección solo comentarios sobre nuestro cálculo de tiempo, no el formulario lleno a: SSA, 6401 Security Blvd, Baltimore, MD 21235-6401.**

EL ESTUDIANTE DEBE SEPARAR Y RETENER ESTA HOJA PARA FUTURA REFERENCIA
INFORMACIÓN SOBRE BENEFICIOS DESPUÉS DE LA EDAD DE 18 AÑOS

Si tiene derecho a recibir los beneficios de Seguro Social porque es un estudiante a tiempo completo, puede comenzar a recibir los beneficios tan temprano como a los 18 años de edad y, por lo general, hasta el mes en que se gradúa del grado 12 o el mes antes de cumplir los 19 años de edad, lo que ocurra primero. Se le enviarán sus beneficios a su propio nombre a partir de los 18 años de edad, ya sea por depósito directo o por cheque impreso. Por lo general, le consideramos un estudiante a tiempo completo si asiste a tiempo completo a una escuela que provea educación al nivel secundario (hasta el grado 12). Definimos el término «asistencia a tiempo completo» como que usted tiene un horario de clases durante 20 horas a la semana o durante el horario determinado por su escuela (si la escuela requiere más horas) que se considere tiempo completo.

INFORMACIÓN SOBRE BENEFICIOS DESPUÉS DE LOS 19 AÑOS DE EDAD

Puede continuar recibiendo los beneficios después que cumpla los 19 años de edad, si asiste a «tiempo completo» a una escuela que provee educación a nivel elemental o secundario en el mes en que cumpla los 19 años de edad. Si la escuela está en funcionamiento el año completo, entonces es posible que los beneficios continúen después de los 19 años de edad hasta que ocurra el primero de los siguientes eventos; (1) el mes en que completa el curso en el cual está matricularse a tiempo completo, o (2) el segundo mes después que cumpla los 19 años de edad. Si la escuela requiere matricularse de nuevo en un horario que no sea un año escolar anual, los beneficios pueden continuar hasta el último mes del semestre en curso cuando usted cumpla los 19 años de edad. Entienda que no pagamos beneficios después de los 19 años de edad si usted cumple años en un mes en que no está en la escuela (por ejemplo, si cumple años en un mes en que está de vacaciones de verano).

RESPONSABILIDADES IMPORTANTES

Es su deber el informar inmediatamente a la Administración del Seguro Social si:

- Contrae matrimonio
- Deja de asistir a la escuela
- Reduce su asistencia a la escuela a menos de tiempo completo
- Se muda de una escuela a otra
- Su empleador le paga para que asista a la escuela (ya sea que su empleador se lo pida o se lo requiera)
- Tiene alguna orden pendiente para su arresto, de más de 30 días de emisión, por un crimen por el cual se le imputa un castigo o la pena de muerte o está confinado a la cárcel por más de un año o porque usted violó una de las condiciones de su libertad provisional o condicional, de acuerdo a las leyes federales o estatales.

Es posible que el pago de sus beneficios cese si ocurre una de las situaciones antes mencionadas. Es su deber mantenernos informados si ocurre una de estas situaciones, aunque crea que sus beneficios no deben cesar. Le informaremos sobre cómo estas situaciones pueden impactar el pago de sus beneficios.

También es su deber el informar inmediatamente a la Administración del Seguro Social si:

- Se muda o si su dirección postal cambia
- Está empleado o trabaja por cuenta propia

Cuando se le aprueben sus beneficios de Seguro Social como estudiante, usted recibirá una publicación que le explicará sus deberes más detalladamente. Es importante que lea esta publicación.

CÓMO UN EMPLEO FUERA DE LOS EE. UU. AFECTA LA CANTIDAD DE SUS BENEFICIOS

Si tiene ingresos por los que no tiene que pagar impuestos de Seguro Social EE. UU., entonces aplicamos la prueba de 45 horas. Bajo esta prueba, si usted está empleado (o trabaja por cuenta propia) por más de 45 horas en un mes, esto significa que no tiene derecho a recibir los beneficios por ese mes. Cuánto usted gana o cuántos días al mes usted trabaja, no vienen al caso. Consideramos que una persona está empleada si esta recibe compensación monetaria o algún otro tipo de compensación por estos servicios. Esto incluye empleo a tiempo parcial y empleo como un aprendiz.

El fallar en informar que está desempeñándose en un empleo en los EE. UU. o fuera de los EE. UU. puede causarle que pierda beneficios.

Ley de Confidencialidad Recopilación personal

Las secciones 202(d) y 205(a) de la Ley del Seguro Social, según enmendada, autorizan a la Administración del Seguro Social a recopilar la información que se solicita en estos formularios. Aunque al completar este formulario usted lo hace de manera voluntaria, el no proveer toda o parte de esta información puede impedir que podamos tomar una determinación precisa y sin demoras referente a la reclamación presentada.

La información que usted suministre será utilizada para verificar la asistencia escolar a tiempo completo y para determinar si el hijo de un trabajador asegurado tiene derecho a recibir los beneficios como estudiante. Es posible que usemos la información con los siguientes propósitos, lo cual llamamos usos rutinarios:

1. A los solicitantes, demandantes, posibles solicitantes o posibles demandantes, que no sean el interesado, los beneficiarios de representantes autorizados en la medida que sea necesaria para perseguir los reclamos del Seguro Social y a los beneficiarios representativos cuando la información pertenezca a los individuos para los que sirven como beneficiarios representativos, con el propósito de ayudar a la SSA en la administración en sus responsabilidades de pago representativas bajo la Ley del Seguro Social y ayudar a los representantes de beneficiarios realizar sus responsabilidades; y
2. Para ayudar al departamento del estado y sus agentes para ayudar a administrar la Ley del Seguro Social en los países extranjeros a través de sus instalaciones y servicios.

También es posible que compartamos la información suministrada cuando comparamos registros por computadora. Los programas de comparación de registros por computadora cotejan nuestros registros con los de otras agencias del gobierno federal, estatal y municipal. Usamos estos programas de comparación de registros para probar o verificar que una persona tiene derecho a los beneficios financiados o administrados por el gobierno federal o para cobrar deudas morosas bajo estos programas de beneficios.

La lista completa de los usos rutinarios de esta información está disponible en nuestro Sistema de Registros de Avisos de la Ley de Confidencialidad 60-0089 titulada, «Claims Folders System» (solo disponible en inglés). Información adicional acerca de nuestros programas y sistemas de avisos, están disponibles en nuestro sitio de internet www.socialsecurity.gov/foia/bluebook.

Ley de Reducción de Trámites:

Esta recopilación de información cumple con los requisitos de aprobación de la sección 44 U.S.C. § 3507 según enmendada por la Sección 2 de la Ley de Reducción de Trámites del 1995. No tiene que contestar estas preguntas a menos que mostremos un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto. Calculamos que le tomará aproximadamente 3 minutos para leer las instrucciones, reunir los datos y contestar las preguntas.

Por favor, envíe a esta dirección solo comentarios sobre nuestro cálculo de tiempo, no el formulario lleno a:
SSA, 6401 Security Blvd, Baltimore, MD 21235-6401.