

FORMULARIO DE REGISTRO PARA DEPÓSITO DIRECTO (México)**SOLICITUD DE DEPÓSITO DIRECTO PARA LOS BENEFICIOS MENSUALES DEL SEGURO SOCIAL DE LOS ESTADOS UNIDOS**

- Llene la Sección 2 «**firmo su nombre**»
- Pídale a su banco que llene la Sección 3

SECCIÓN 1 (PARA SER LLENADO POR BENEFICIARIO)

Nombre y dirección postal completa:		- Número de Reclamación de Seguro Social-		B.I.C. (OPTIONAL)	
		Nombre de la persona con derecho a los beneficios			
NÚMERO DE TELÉFONO		Esta casilla es para la colocación de pago únicamente (si procede)			
		TIPO		CANTIDAD	
DECLARACIÓN DEL REPRESENTANTE DE BENEFICIARIO Yo (beneficiario o representante de beneficiario) certifico que he leído y comprendido el reverso de este formulario. Al firmar este formulario, autorizo a la Administración del Seguro Social a enviar este pago a la institución financiera indicada en la Sección 3 y depositarlo en la cuenta designada. Entiendo que la información personal en estos pagos es confidencial, pero doy mi consentimiento para la divulgación de la información de pago exigida por la ley o necesaria para proteger contra fraude o delito.		DECLARACIÓN DEL POSEEDOR DE LA CUENTA MANCOMUNADAS Yo declaro que leí y estoy de acuerdo con lo descrito en el reverso de este formulario, incluyendo el AVISO ESPECIAL PARA POSEEDORES DE CUENTAS MANCOMUNADAS.			
SU FIRMA		FECHA		FIRMA DEL TITULAR CON QUE TIENE LA CUENTA MANCOMUNADAS	
¿Es usted representante del beneficiario? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Esta cuenta es:			
Fecha de nacimiento del beneficiario		<input type="checkbox"/> Mi cuenta propia		<input type="checkbox"/> Una cuenta mancomunada	

SECCIÓN 2 (Números de fax o DIRECCIÓN DE CORREO)

NOMBRE DE LA AGENCIA DEL GOBIERNO:	U.S. CONSULADO EN GUADALAJARA	U.S. CONSULADO EN CD. JUAREZ	U.S. EMBAJADA EN LA CD. DE MEXICO
SOCIAL SECURITY ADMINISTRATION	Phone: 01-800-772-6394 (solo dentro de México) Fax: 52-33-3268-0803	TEL: 01-800-772-6394 (solo dentro de México) Fax: 1-656-227-3501	Phone: 01-800-772-6394 (solo dentro de México) o 052-55-1102-6300 Fax: 052-55-1102-6301

**SECCIÓN 3 (Se completará por su institución financiera) LA CUENTA DEBE ESTAR EN PESO MEXICANO (MXN)
1. CLABE (Clave Bancaria Estandarizada) O 2. Número de Banco y Tarjeta de Débito.**

NOMBRE DEL BANCO		NÚMERO DE TELÉFONO DE LA SUCURSAL DE SU BANCO	
DIRECCIÓN DE LA SUCURSAL DE SU BANCO			
ESCRIBIR EL NOMBRE DEL OFICIAL DEL BANCO		FIRMA DEL OFICIAL DEL BANCO	
#1 ABN de Banco	Plaza	Número de Cuenta	Digito Verificador
#2 ABN de Banco		Tarjeta De Débito	

INFORMACIÓN IMPORTANTE - POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE

La información que proporcione en este formulario es confidencial. Necesitamos la información para enviar sus pagos del Seguro Social de EE. UU. electrónicamente a su cuenta bancaria de México.

CUÁNDO RECIBIRÁ SUS PAGOS DE DEPÓSITO DIRECTO

Recibirá su pago a través del sistema bancario de México y, por lo general, estará en su cuenta bancaria poco después de la fecha de pago normal. Con el depósito directo, tendrá acceso inmediato a su dinero. Ésta es la forma más segura de recibir sus beneficios.

INFORMACIÓN SOBRE LA CONVERSIÓN DE MONEDA

Con el depósito directo, su pago del Seguro Social de EE. UU. se convierte automáticamente a peso mexicano (MXN) (si corresponde) a la tasa de cambio internacional diario antes de ser depositado en su cuenta.

**** AVISO ESPECIAL PARA LOS TITULARES DE CUENTAS MANCOMUNADAS ****

Si tiene una cuenta conjunta con una persona que recibe pagos del Seguro Social y esa persona fallece, debe comunicarse inmediatamente con su banco y la Administración del Seguro Social o la Unidad de Beneficios Federales de su área. Debe devolver al Seguro Social cualquier pago depositado en una cuenta conjunta después del fallecimiento de un beneficiario

SI SU DIRECCIÓN CAMBIA

Si cambia de dirección, **debe** informar a la Unidad de Beneficios Federales o la Administración del Seguro Social. Sus pagos pueden detenerse si la Administración del Seguro Social necesita comunicarse con usted y no puede encontrar su ubicación.

CAMBIO DE BANCOS O CUENTAS BANCARIAS

Si cambia de banco o de cuenta, debe avisar a una de estas oficinas:

NOMBRE DE LA AGENCIA DEL GOBIERNO:	U.S. CONSULADO EN GUADALAJARA	U.S. CONSULADO EN CD. JUAREZ	U.S. EMBAJADA EN LA CD. DE MEXICO
SOCIAL SECURITY ADMINISTRATION	Phone: 01-800-772-6394 (solo dentro de México) Fax: 52-33-3268-0803	TEL: 01-800-772-6394 (solo dentro de México) Fax: 1-656-227-3501	Phone: 01-800-772-6394 (solo dentro de México) o 052-55-1102-6300 Fax: 052-55-1102-6301

Es posible que deba completar un nuevo formulario de registro de depósito directo.

No cierre su cuenta anterior hasta que los pagos hayan comenzado a llegar a su nueva cuenta

Ley de Confidencialidad
Recopilación y uso de información personal

La Sección 205 (a) de la *Ley del Seguro Social*, según enmendada, nos permite recopilar esta información. Proporcionarnos esta información es voluntario. Sin embargo, no proporcionar toda o parte de la información puede impedir que reciba pagos de beneficios a través de instituciones financieras extranjeras.

Usaremos la información que proporcione para procesar los pagos de beneficios con su institución financiera. También podemos compartir su información para los siguientes propósitos, llamados usos de rutina:

- Al Departamento de Estado y sus agentes por administrar la Ley en países extranjeros a través de las instalaciones y servicios de esa agencia; y
- A contactos de terceros cuando sea necesario para establecer o verificar la información proporcionada por los representantes de beneficiario o solicitantes para ser un representante de beneficiario.

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 cotejo por computadora, en los que nuestros registros se comparan con otros registros para establecer o verificar el tener derecho de una persona para los programas de beneficios federales y para el pago de deudas incorrectas o delincuentes bajo estos programas.

Una lista de usos rutinarios adicionales está disponible en nuestro *Privacy Act System of Records Notices* (sistema de avisos de registros de la *Ley de Confidencialidad* - SORN, por sus siglas en inglés) 60-0089, titulado *Claims Folders Systems* (sistema de registro de reclamos), según se publicó en el *Federal Register* (registro federal - FR, por sus siglas en inglés) el 1 de abril de 2003 en 68 FR 15784, y 60- 0090, titulado *Master Beneficiary Record* (registro maestro de beneficiarios), según se publicó el 11 de enero de 2006 en FR, en 71 FR 1826. Información adicional y una lista completa de todos nuestros SORN están disponibles en nuestro sitio de internet en <https://www.ssa.gov/privacy> (solo disponible en inglés).

DECLARACIÓN DE LA LEY DE REDUCCIÓN DE TRÁMITES

Esta recopilación de información cumple con los requisitos de 44 U.S.C. § 3507, según enmendado por la sección 2 de la *Ley de Reducción de Trámites* de 1995. No es necesario que responda estas preguntas a menos que mostremos un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto. Estimamos que le tomará unos 5 minutos leer las instrucciones, recopilar los hechos, y responder a las preguntas. **ENVÍE O LLEVE EL FORMULARIO COMPLETO A SU OFICINA LOCAL DE SEGURO SOCIAL. Puede encontrar su oficina local del Seguro Social a través del sitio de internet del Seguro Social en www.segurosocial.gov. Las oficinas también se enumeran bajo las agencias gubernamentales de los EE. UU. en su directorio telefónico o puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).** Puede enviar comentarios sobre nuestra estimación de tiempo a: SSA, 6401 Security Blvd, Baltimore, MD 21235-6401. *Envíe solo comentarios relacionados con nuestro tiempo estimado a esta dirección, no el formulario completo.*