

SOLICITUD PARA DOMICILIACION BANCARIA (ESPAÑA)

SOLICITUD PARA LA DOMICILIACION BANCARIA DE LA PENSION DEL SEGURO SOCIAL DE LOS ESTADOS UNIDOS

- Favor de rellenar el Apartado 1 y firme su nombre en el encasillado correspondiente.
- Solicite a su entidad bancaria rellenar el Apartado 2.
- Enviar la solicitud completa a la dirección indicada al pie de la página.

Apartado 1 (Le rogamos utilizar letra de molde)

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Nombre y Dirección Completa: | | - Número de Pensión del Seguro Social - | | | | | | | | | | | |
| | | <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table> | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del Pensionista | | | | | | | | | | | | | |
| Número de teléfono durante horas laborales: | | ESTA CAJA ES PARA ASIGNACIÓN PAGO SOLAMENTE (si es necesario) | | | | | | | | | | | |
| | | Tipo | Cantidad | | | | | | | | | | |
| CERTIFICACIÓN | | CERTIFICACIÓN DE TITULARES DE CUENTAS CONJUNTAS (OPCIONAL) | | | | | | | | | | | |
| <p>I certify that I have read and understand the back of this form. In signing this form, I authorize the Social Security Administration to send my payment to my bank and deposit it in the designated account. I understand that personal information in these payments will be treated confidentially, but I consent to disclosure of payment information that is compelled by law or necessary to protect against fraud or crime.</p> | | <p>Certifico que he leído y entendido la información indicada en la parte posterior de este documento, específicamente el párrafo "INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA LOS TITULARES DE CUENTAS CONJUNTAS."</p> | | | | | | | | | | | |
| Firma | Fecha | Firma | Fecha | | | | | | | | | | |
| <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> | | | | | | | | | | |
| | | Esta cuenta es: | | | | | | | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> Una cuenta propia <input type="checkbox"/> Una cuenta conjunta | | | | | | | | | | | |

APARTADO 2 (DIRECCION DE CORRESPONDENCIA)

| | |
|--|--|
| NOMBRE DE LA AGENCIA GUBERNAMENTAL: SOCIAL SECURITY ADMINISTRATION | ENVIE LA SOLICITUD COMPLETA A: Social Security Administration Office of International Operations PO Box 17769 Baltimore, MD 21235-7769 USA |
|--|--|

APARTADO 3 (Debe ser rellenado por el Banco, Caja de Ahorros o Cooperativa de Crédito)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|---|--|--|--|---|--|------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| Nombre Del Banco | | | | Numero de Telefono Del Banco | | | | | | | | | | | | | |
| <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> | | | | <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | | |
| Direccion Del Banco | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre de la Impresion Del Funcionario de Banco | | | | | | | | Firma Del Funcionario de Banco | | | | | | | | | |
| <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> | | | | | | | | <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> | | | | | | | | | |
| ENTIDAD | | | | SUCURSAL | | | | DIGITOS DE CONTROL | | NUMERO DE CUENTA | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |

INFORMACION IMPORTANTE - POR FAVOR, LEALA CUIDADOSAMENTE

La información que indique en este impreso es confidencial. Necesitamos esta información para enviarle sus beneficios del Seguro Social de los EE.UU. directamente a su entidad bancaria en España.

CUANDO LE DEPOSITARAN LA PENSION EN LA ENTIDAD BANCARIA

La domiciliación bancaria se le envía desde lo EE.UU. a través del sistema bancario español. Su pensión estará en su cuenta el quinto día laborable de cada mes.

INFORMACION SOBRE EL CAMBIO DE MONEDA

Su pensión del Seguro Social de los EE.UU. se convierte automáticamente en euros varios días antes de ser depositada en su cuenta. El cambio utilizado puede variar de acuerdo al valor que esté en vigor el día que reciba la pensión.

INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA LOS TITULARES DE CUENTAS INDISTINTAS

Si tiene una cuenta conjunta con una persona que recibe una pensión del Seguro Social y esa persona fallece, debe informar inmediatamente a la Embajada de los EE.UU. o a la Administración del Seguro Social de los EE.UU. Cualquier pago del Seguro Social depositado en una cuenta conjunta después del fallecimiento del pensionista debe ser devuelto a el Seguro Social. Tan pronto recibamos información sobre la defunción, determinaremos si hay algún cambio en su pensión y le enviaremos la cantidad que se le adeude.

SI CAMBIA DE DIRECCIÓN

Si cambia de dirección, debe notificar al Seguro Social. La correspondencia sobre su pensión se le enviará a su dirección particular; si no podemos localizarle congelaremos su pensión.

CAMBIO DE INSTITUCIÓN BANCARIA O CUENTA

Si cambia de institución bancaria o de cuenta, debe notificarlo a:

| | |
|---|---|
| Embajada de los EE.UU Dpto. Pensiones Federales Serrano 75 28006 Madrid SPAIN | Social Security Administration Office of International Operations PO Box 17769 Baltimore, MD 21235-7769 USA |
|---|---|

Puede que tenga que completar otro impreso de domicialción bancaria. **NO cierre la cuenta donde le están depositando su pensión hasta que la domicialción en su nueva cuenta este activa.**

LA LEY DE REDUCCIÓN DE DOCUMENTOS DE TRABAJO

Esta información cumple con los requisitos de 44 U.S.C. § 3507, según esta enmendada por la sección 2 de la Ley de reducción de documentos de trabajo de 1995. No se requiere que usted conteste a estas preguntas a menos que mostremos un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto. Calculamos que la tomará aproximadamente 5 minutos leer las instrucciones, reunir los datos y contestar las preguntas. *Puede enviar comentarios relacionados nuestro tiempo estimado en este formulario a: SSA, 1338 Annex Building, Baltimore, MD, 21235-0001. **No envíe este formulario completado a esta dirección, solo envíe los comentarios sobre el tiempo estimado.***