

Autorización para que la Administración del Seguro Social Divulgue la Verificación de un Número de Seguro Social (SSN)

Nombre en letra de molde:	Fecha de nacimiento:	Número de Seguro Social:
---------------------------	----------------------	--------------------------

Razón para autorizar la divulgación: (Favor de marcar una)

- Para solicitar una hipoteca Para solicitar un préstamo Para cumplir con requisitos de una licencia
 Para abrir una cuenta de banco Para abrir una cuenta de jubilación Otra razón (explique)
 Para solicitar una tarjeta de crédito Para solicitar un trabajo

Con la siguiente empresa ("la Empresa"):

Nombre de la empresa: Certified Employment Screening, Inc. dba DataCheck

Dirección de la empresa: 28202 Cabot Road, #245 Laguna Niguel, CA ,92677

Nombre y dirección del agente de la empresa (si aplica):

Nombre del agente: Accio Data

Dirección del agente: P. O. Box 787, Dripping Springs, TX 78620

Autorizo a la Administración del Seguro Social a que verifique mi nombre y Número de Seguro Social (SSN, por sus siglas en inglés) con la empresa o con el agente de la empresa, si aplica, para el propósito que he identificado. Yo soy la persona a quien el Número de Seguro Social fue emitido o el representante legal de un menor o el representante legal de una persona quien ha sido declarada por la corte como adulto incompetente. Yo declaro y afirmo bajo pena de perjurio que la información contenida aquí es verdadera y correcta. Yo reconozco que si hago alguna representación, que yo sé que es falsa, para obtener información de los registros del Seguro Social, puedo ser declarado culpable de un delito menor y penalizado con una multa de hasta \$5,000.

Este consentimiento es válido para un solo uso. Este consentimiento es válido por solo 90 días a partir de la fecha en que es firmado, a menos que se indique lo contrario por la persona nombrada en el encabezamiento. Si desea cambiar este límite de tiempo, favor de llenar la siguiente información:

Este consentimiento es válido por _____ días desde la fecha en que es firmado. _____ (Sus iniciales)

Firma:	Fecha en que firmó:
--------	---------------------

Parentesco (si no es la persona a quien le pertenece el SSN):

Declaración de la Ley de Confidencialidad de Uso y Recopilación de Información Personal Las secciones 205(a) y 1106 de la *Ley del Seguro Social*, según enmendada, nos permite recopilar esta información. Proporcionarnos esta información es voluntario. Sin embargo, no proveer toda o parte de la información puede impedirnos divulgar información a una empresa designada o a un agente de la empresa. Usaremos la información para verificar su nombre y número de Seguro Social (SSN, por sus siglas en inglés). También podemos compartir su información para los siguientes propósitos, llamados usos de rutina: - A contratistas y otras agencias federales, según sea necesario, para ayudarnos en la administración eficiente de nuestros programas; y - A estudiantes voluntarios, a personas que trabajan bajo un contrato de servicios personales y a otros, cuando necesitan acceso a la información en nuestros registros para desempeñar las funciones asignadas por 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 cotejo, en los que nuestros registros se comparan con otros registros para establecer o verificar el derecho de una persona para los programas de beneficios federales y para el reembolso de deudas incorrectas o delincuentes bajo estos programas. Una lista de usos rutinarios está disponible en nuestro *Privacy Act System of Records Notices* (Sistema de registros de avisos de la *Ley de Confidencialidad*, SORN, por sus siglas en inglés) 60-0058, titulado *Master Files of SSN Holders and SSN Applications* (Archivos maestros de titulares y solicitudes de números de Seguro Social, SSN, por sus siglas en inglés), según publicado en el *Federal Register* (Registro Federal, FR, por sus siglas en inglés) el 29 de diciembre de 2010, en 75 FR 82121. Puede encontrar más información y un listado completo de todos nuestros SORN en nuestro sitio de internet www.ssa.gov/privacy (solo disponible en inglés).

Declaración de la Ley de Reducción de Documentos de Trámites – La recopilación de esta información cumple con los requisitos estipulados por 44 U.S.C. § 3507, según enmendada por la sección 2 de *La Ley de Reducción de Trámites de 1995*. No se requiere que conteste ninguna de 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 aproximadamente 20 minutos leer las instrucciones, reunir los datos y contestar las preguntas. **Envíe solo comentarios relacionados con nuestro cálculo de tiempo o cualquier otro aspecto de esta recopilación, incluidas sugerencias para reducir este tiempo a: SSA, 6401 Security Blvd., Baltimore, MD 21235-6401.**

-----Corte Aquí-----

AVISO PARA EL DUEÑO DEL NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

La Empresa o su agente han firmado un acuerdo con la Administración del Seguro Social que, entre otras cosas, incluye restricciones en cuanto a la divulgación y uso adicional de la verificación del número de Seguro Social. Para ver una copia del acuerdo modelo completo, visite <https://www.ssa.gov/cbsv/docs/SampleUserAgreement.pdf> (solo disponible en inglés).