

**Autorización para que la Administración del Seguro Social (SSA)
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 seleccionar una)

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Para solicitar una hipoteca | <input type="checkbox"/> Para solicitar un préstamo | <input type="checkbox"/> Para cumplir con requisitos de una licencia |
| <input type="checkbox"/> Para abrir una cuenta de banco | <input type="checkbox"/> Para abrir una cuenta de jubilación | <input type="checkbox"/> Otra razón (explique) |
| <input type="checkbox"/> Para solicitar una tarjeta de crédito | <input checked="" type="checkbox"/> 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 verificar mi número de Seguro Social (SSN, siglas en inglés) (para comparar mi nombre, SSN y fecha de nacimiento con la información en los registros del Seguro Social y proporcionar los resultados de la comparación) a la empresa o al agente de la empresa, si aplica, para el propósito que identifique. También autorizo al Seguro Social a divulgar la razón del fallo de la comparación a la empresa y/o a su Agente, cuando sea una entidad permitida según definido en el artículo 215 de la *Ley de Crecimiento Económico, Alivio Regulatorio y Protección al Consumidor*. Yo soy la persona a quien el número de Seguro Social fue emitido o el padre, madre, tutor legal de un menor o 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 anteriormente. 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 se le emitió el número de Seguro Social)

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, la cual utilizaremos para verificar su número de Seguro Social ante una empresa o un agente de este. Proporcionarnos esta información es voluntario, pero no proveer toda o parte de la información puede impedirnos trabajar en su solicitud. Según lo permita la ley, podemos utilizar y compartir la información que nos envíe, incluso con otras agencias federales, contratistas y otros, según lo descrito en los usos rutinarios en el *System of Records Notice* (Sistema del registro de avisos) 60-0058, disponible en www.ssa.gov/privacy (solo en inglés) La información que envíe también puede ser utilizada en programas de cotejo para determinar la elegibilidad para beneficios federales y para el reembolso de deudas bajo estos programas.

Declaración de la Ley de Reducción de Trámites - Esta recopilación de información cumple con los requisitos del Título 44 del Código de los EE. UU. (U.S.C., siglas en inglés) artículo 3507, según enmendado por la sección 2 de *La Ley de Reducción de Trámites de 1995*. No necesita contestar estas preguntas a menos que mostremos un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, siglas en inglés). Calculamos que le tomará aproximadamente 20 minutos leer las instrucciones, recopilar los datos y contestar las preguntas. **Solo envíe comentarios relacionados con nuestro cálculo de tiempo u otros aspectos con nuestro calculo, incluyendo sugerencias para reducir nuestro calculo a:** SSA, 6401 Security Blvd., Baltimore, MD 21235-6401.

-----CORTE AQUI-----

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 en inglés).