Tenga en cuenta lo siguiente:
Este paquete no contiene asesoramiento legal.
Esta guía contiene información legal, pero no constituye un asesoramiento legal. La información legal es información básica sobre sus derechos. El asesoramiento legal es el consejo de un abogado sobre qué hacer en su situación particular. Legal Aid no es su abogado en su asunto relacionado con el Seguro Social.

Guía de autoayuda para pagos en exceso del Seguro Social

Actualizado en agosto de 2026

¿Qué es un pago en exceso del Seguro Social?

La Administración del Seguro Social considera que se ha realizado un pago en exceso cuando le ha pagado dinero de más. Esto puede ocurrir por muchas razones. La Administración del Seguro Social podría pensar que usted no declaró la totalidad del dinero. También podría considerar que usted ya no tiene una discapacidad, y que no debería haber recibido pagos durante ciertos meses o años.

¿Qué debo hacer si el Seguro Social dice que me han pagado en exceso?

Si el Seguro Social cree que usted recibió un pago en exceso, deberían enviarle una carta por correo informándole sobre dicho pago en exceso. Si no la recibe, puede ir a su oficina local y solicitarla. **Tiene 3 opciones para intentar corregir el pago en exceso.** Aquí encontrará información básica sobre cada opción, y podrá encontrar más detalles a continuación.

Opción 1: Apelar	**¿Cuándo conviene presentar una apelación?** Puede presentar una apelación si considera que no recibió un pago en exceso. También puede presentar una apelación si considera que el monto del pago en exceso es incorrecto. **¿Cómo debo apelar?** 1. Complete el formulario de apelación que se encuentra a continuación ("Solicitud de reconsideración"). 2. Adjunte una segunda página al formulario. En esta página, explique por qué no cree que le hayan pagado en exceso o por qué cree que el monto del pago en exceso es incorrecto. **¿Hay una fecha límite para presentar una apelación?** Sí. Debe presentar su apelación dentro de los **60 días** siguientes a la fecha en que reciba la notificación del pago en exceso. Por lo general, se presume que la notificación se recibe cinco días después de la fecha que figura en ella.
Opción 2: Solicitar una exención	**¿Cuándo conviene solicitar una exención?** Solicite una exención si el pago en exceso no fue responsabilidad suya y no tiene los recursos suficientes para devolverlo. **¿Cómo debo solicitar una exención?** Complete una **Solicitud de exención de la recuperación de pagos en exceso**. Este formulario se encuentra a continuación. Deberá probar que (1) el pago en exceso no fue responsabilidad suya **y** (2) que no tiene los recursos suficientes para devolverlo. **¿Hay una fecha límite para solicitar una exención?** No. Puede solicitar una exención en cualquier momento.
Opción 3: Solicitar un plan de pagos	**¿Cuándo conviene solicitar un plan de pagos?** Solicite un plan de pagos si no puede devolver el pago en exceso. **¿Cómo debo solicitar un plan de pagos?** 1. Escriba una **carta** a la Administración del Seguro Social. Dígales cuánto puede pagar por mes. Se adjunta un modelo de carta. 2. Complete una **Solicitud de cambio en la tasa de recuperación de pagos en exceso**. Este formulario se encuentra a continuación. Mediante dicho formulario, le indicará a la oficina del Seguro Social cuánto puede pagar por mes. **¿Qué debo hacer si acordé un plan de pagos, pero ya no puedo pagarlo?** Si ocurre algún imprevisto y ya no puede pagar la misma cantidad, llame **inmediatamente** a la Administración del Seguro Social y solicite un cambio en el plan de pagos.

Consejos útiles

1. **Haga algo. Si no hace nada, la Administración del Seguro Social comenzará a descontar el dinero de sus beneficios.**
2. Presente **ahora** su apelación, solicitud de exención o solicitud de plan de pago. Esto impedirá que la Administración del Seguro Social se quede con la totalidad de su cheque. Pero, si rechazan su apelación o exención, le pedirán que devuelva ese dinero.
3. Lleve sus documentos personalmente a la oficina del Seguro Social. **Quédese con una copia.** Cuando entregue sus documentos, **pida un recibo** por si la Administración del Seguro Social (SSA, en inglés) los pierde.
4. Tome notas cada vez que hable con la oficina del Seguro Social. Anote lo que le digan. De esa forma, si le dicen cosas diferentes o que no tienen sentido, sabrá que debe hacer más preguntas.

En las páginas siguientes encontrará más detalles sobre cada una de las opciones anteriores y los formularios que necesitará.

Opción 1: Apelar

¿Cuándo conviene presentar una apelación?

Puede presentar una apelación si considera que no recibió un pago en exceso. También puede presentar una apelación si considera que el monto del pago en exceso es incorrecto.

¿Cómo debo apelar?

Para apelar, debe hacer dos cosas:

1. **El formulario de apelación "Solicitud de reconsideración" se incluye al final de este paquete.** Complételo. Adjunte una página adicional si desea más espacio para explicar **por qué** no cree que se le haya pagado de más o **por qué** cree que el monto del pago en exceso es incorrecto.
2. Presente su apelación en la oficina local del Seguro Social. Si no conoce la dirección de la oficina del Seguro Social, llame al **1-800-772-1213** o visite secure.ssa.gov.

¿Cómo debo apelar?

Existen 3 maneras de presentar una apelación:

1. Puede presentar su apelación en línea, en secure.ssa.gov/iApplNMD/start.
2. Puede presentar su apelación en persona, en la oficina local del Seguro Social.
3. Intente apelar mediante las dos primeras opciones. Si no puede presentar la solicitud en línea o acudir en persona, puede enviar el formulario por correo a la oficina local del Seguro Social.

Cada vez que entregue algún documento en la oficina del Seguro Social, **guarde una copia para usted**. Si acude a la oficina en persona, pida un recibo.

¿Qué sucede después de presentar mi apelación?

El Seguro Social le enviará una notificación por correo con la decisión.

¿Hay una fecha límite para presentar una apelación?

Sí. Debe presentar su apelación dentro de los **60 días** siguientes a la fecha en que reciba la notificación de pago en exceso. El Seguro Social asume que usted la recibe cinco días después de la fecha que figura en la notificación.

Opción 2: Solicitar una exención

¿Cuándo conviene solicitar una exención?

Solicite una exención en los siguientes casos:

- Si el pago en exceso no fue responsabilidad suya; y
- Si no tiene los recursos suficientes para devolverlo.

¿Cómo debo solicitar una exención?

El formulario de exención se incluye al final de este paquete. Complételo si el monto original del pago en exceso fue superior a $2,000.

El formulario tiene 10 páginas. Si bien es extenso, es importante que siga todas las instrucciones que contiene.

¿Qué ocurre si el importe original del pago en exceso es de $2,000 o menos?

Puede solicitar una exención verbalmente, ya sea en persona en su oficina local o por teléfono llamando al 1-800-772-1213.

Completé el formulario de exención. ¿Qué hago con él?

Lleve la carta a la oficina local del Seguro Social. Si no puede acudir a la oficina en persona, envíe el formulario por correo postal a la oficina local del Seguro Social. Si no conoce la dirección de la oficina del Seguro Social, llame al **1-800-772-1213** o visite secure.ssa.gov.

Cada vez que entregue algún documento en la oficina del Seguro Social, **guarde una copia para usted**. Si acude a la oficina en persona, pida un recibo.

¿Qué sucede después de presentar el formulario de exención?

El Seguro Social podría pedirle que presente comprobantes de sus ingresos y gastos. El Seguro Social también podría pedirle que asista a una reunión. Una vez que el Seguro Social tome una decisión, se la comunicará por correo.

¿Existe un plazo límite para presentar la solicitud de exención?

No. No hay fecha límite. Sin embargo, debe presentar el formulario de exención lo antes posible. Si espera demasiado, la Administración del Seguro Social comenzará a descontar dinero de sus cheques.

Opción 3: Solicitar un plan de pagos

¿Qué es un plan de pagos?

Un plan de pagos le permitirá devolver un pago en exceso a lo largo del tiempo, en lugar de hacerlo todo de una vez. Puede solicitar hacer pagos mensuales por un monto que esté a su alcance.

Si solicito un plan de pagos, ¿cuánto tendré que pagar cada mes?

Puede solicitar al Seguro Social que le permita pagar determinada cantidad por mes. El Seguro Social tiene que prestar su consentimiento para que usted pague dicha cantidad.

La cantidad **mínima** que puede pagar es de $10 por mes. Si usted es beneficiario del programa para Beneficiarios Calificados de Medicare (QMB, en inglés) o de otro subsidio de la Parte D de Medicare, el Seguro Social generalmente aceptará que usted pague $10 por mes.

Si recibe la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, en inglés), el Seguro Social **no puede** retener más del 10 % de su cheque mensual del Seguro Social. Por ejemplo, si recibe $967.00 por mes en concepto de SSI, el Seguro Social **no puede** retener más de $96.70 por mes.

¿Cuándo conviene solicitar un plan de pagos?

Solicite un plan de pagos si no puede devolver el pago en exceso.

¿Cómo debo solicitar un plan de pagos?

Escriba una carta a la Administración del Seguro Social solicitando un plan de pagos. Este paquete incluye una carta de ejemplo que puede utilizar. Complete los espacios en blanco en la parte superior e inferior de la carta. En el centro, marque con una tilde todas las opciones que correspondan a su situación.

¿Debo adjuntar algún otro documento a esta carta?

Es posible que deba completar el **Formulario 634**. Este formulario solicita información sobre sus ingresos y facturas mensuales. El formulario se adjunta justo después de la carta. La tabla que aparece a continuación le indica si debe completar el **Formulario 634**.

Si puede pagar $10 por mes	Y debe $600 o menos	No complete el Formulario 634.
	Y debe más de $600	Complete el Formulario 634.
Si puede pagar $20 por mes	Y debe $1,200 o menos	No complete el Formulario 634.
	Y debe más de $1,200	Complete el Formulario 634.
Si puede pagar $30 por mes	Y debe $1,800 o menos	No complete el Formulario 634.
	Y debe más de $1,800	Complete el Formulario 634.
Si puede pagar $40 por mes	Y debe $2,400 o menos	No complete el Formulario 634.
	Y debe más de $2,400	Complete el Formulario 634.
Si puede pagar $50 por mes	Y debe $3,000 o menos	No complete el Formulario 634.
	Y debe más de $3,000	Complete el Formulario 634.

¿Qué hago con la carta?

Lleve la carta a la oficina local del Seguro Social. Si no puede acudir a la oficina en persona, envíe la carta por correo a la oficina local del Seguro Social. Si no conoce la dirección de la oficina del Seguro Social, llame al **1-800-772-1213** o visite secure.ssa.gov. Cada vez que entregue algún documento en la oficina del Seguro Social, **guarde una copia para usted**. Si acude a la oficina en persona, pida un recibo.

¿Qué sucede después de enviar la carta?

El Seguro Social le enviará una notificación por correo con la decisión. Si usted recibe beneficios del Seguro Social, el Seguro Social deducirá de su cheque la cantidad de dinero acordada por mes.

SOLICITUD DE RECONSIDERACIÓN

NOMBRE DEL SOLICITANTE:	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (SSN) DEL SOLICITANTE:	NÚMERO DE RECLAMO: (Si es diferente al SSN)

ASUNTO QUE SE APELA: (Especifique si se trata de jubilación, discapacidad, hospitalización o gastos médicos, SSI, Beneficios Especiales para Veteranos [SVB, en inglés], pago en exceso, etc.) No estoy de acuerdo con la decisión de la Administración del Seguro Social (SSA) y solicito que se reconsidere.
Estas son mis razones:

INFORMACIÓN DE CONTACTO

FIRMA DEL SOLICITANTE- OPCIONAL:		NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL SOLICITANTE: (Si lo hubiera)	
DIRECCIÓN POSTAL:		DIRECCIÓN POSTAL:	
CIUDAD: ESTADO: CÓDIGO POSTAL:		CIUDAD: ESTADO: CÓDIGO POSTAL:	
NÚMERO DE TELÉFONO: (Incluya el código de área)	FECHA:	NÚMERO DE TELÉFONO: (Incluya el código de área)	FECHA:

SOLO PARA RECONSIDERACIÓN DE SEGURIDAD DE INGRESO SUPLEMENTARIO (SSI) O BENEFICIOS ESPECIALES PARA VETERANOS (SVB)

TRES FORMAS DE APELAR

Quiero apelar su decisión sobre mi solicitud de SSI o SVB. He leído acerca de las tres formas de apelar.
He marcado la casilla de abajo:

☐ **REVISIÓN DEL CASO: Puede elegir este tipo de apelación en todos los casos.** Puede proporcionarnos más información para añadir a su expediente. Entonces, volveremos a tomar una decisión sobre su caso. Usted no se reúne con la persona que toma la decisión.

☐ **AUDIENCIA INFORMAL: Puede optar por este tipo de apelación en todos los casos de SSI, excepto en los relacionados con asuntos médicos. En los casos de SVB, solo puede optar por este tipo de apelación si hemos reducido o suspendido su pago de SVB.** Se reunirá con una persona que tomará una decisión sobre su caso. Puede explicarle a esa persona por qué cree que tiene razón. Puede proporcionarnos más datos para ayudarnos a demostrar que tiene razón. Puede traer a otras personas para que lo ayuden a explicar su caso.

☐ **AUDIENCIA FORMAL: Solo puede optar por este tipo de apelación si hemos reducido o suspendido su pago de SSI o SVB.** Esta reunión es como una audiencia informal, pero también podemos pedirle a personas que vengan y nos ayuden a demostrar que usted tiene razón. Podemos hacerlo aunque dichas personas no quieran ayudarlo. Puede hacerles preguntas a estas personas durante la reunión.

PARA SER COMPLETADO POR LA ADMINISTRACIÓN DEL SEGURO SOCIAL

1. ¿SE HA REALIZADO LA DETERMINACIÓN INICIAL? ☐ Sí ☐ No 2. ¿SE HA PRESENTADO ESTA SOLICITUD A TIEMPO? ☐ Sí ☐ No (Si la respuesta es "NO", adjunte la explicación del solicitante sobre la demora. Consulte GN 03101.020).	**INVESTIGACIÓN POR PARTE DE LA OFICINA LOCAL (GN 03102.300)** ☐ NO SE REQUIERE UNA INVESTIGACIÓN ADICIONAL. ☐ SE ADJUNTA LA INVESTIGACIÓN REQUERIDA. ☐ LA RECOPILACIÓN DE INFORMACIÓN REQUERIDA ESTÁ PENDIENTE. SE REMITIRÁ LA INFORMACIÓN O SE COMUNICARÁ SU ESTADO EN UN PLAZO DE 30 DÍAS.
DIRECCIÓN DE LA OFICINA DEL SEGURO SOCIAL Y FECHA DE RECEPCIÓN DE LA APELACIÓN:	**SOLO CASOS DE SSI - GOLDBERG KELLY (GK) (SI 02301.310)** EL BENEFICIARIO APELÓ UNA ACCIÓN ADVERSA: ☐ DENTRO DE LOS 10 DÍAS POSTERIORES A LA RECEPCIÓN DEL AVISO PREVIO; ☐ DESPUÉS DEL PERÍODO DE 10 DÍAS Y SI EXISTE UNA CAUSA JUSTIFICADA PARA AMPLIAR EL PLAZO; ☐ SE APLICA LA CONTINUIDAD DEL PAGO Y SE HA INTRODUCIDO LA INFORMACIÓN EN EL SISTEMA.

NOTA: Lleve o envíe por correo el **original debidamente cumplimentado** a la oficina local del Seguro Social, a la Oficina Regional del Departamento de Asuntos de los Veteranos en Manila o a cualquier representación del Servicio Exterior de los Estados Unidos, y conserve una copia para sus archivos.

ACCIONES ADMINISTRATIVAS QUE CONSTITUYEN DETERMINACIONES INICIALES (Véase GN03101.070, GN03101.080 y SI04010.010)

NOTA: Estas listas abarcan la gran mayoría de las acciones administrativas que son determinaciones iniciales. Sin embargo, no son exhaustivas.

Título II

1. Derecho o continuidad del derecho a recibir beneficios;
2. Derecho a recibir beneficios;
3. La cantidad del beneficio;
4. Un recálculo del beneficio;
5. Una reducción en los beneficios por discapacidad debido a que también se recibieron beneficios en virtud de una ley de compensación laboral;
6. Una deducción de los beneficios debido a la realización de una actividad laboral;
7. Una deducción de los beneficios por discapacidad debido a la negativa del solicitante a aceptar los servicios de rehabilitación;
8. Terminación de los beneficios;
9. Deducciones aplicadas como sanción por no informar sobre determinados acontecimientos;
10. Cualquier pago en exceso o pago insuficiente de beneficios;
11. Si debe devolverse un pago en exceso de beneficios;
12. Cómo se pagarán los beneficios pendientes de pago a una persona fallecida;
13. El establecimiento o la finalización de un período de incapacidad;
14. Una revisión de un historial de ganancias;
15. Si el pago de los beneficios se realizará en nombre del solicitante a un representante de beneficiario, a menos que el solicitante sea menor de 18 años o se encuentre legalmente incapacitado;
16. Quién actuará como representante de beneficiario si determinamos que los pagos se realizarán a través de un representante;
17. Una reducción de los beneficios para compensar los pagos de SSI que el solicitante recibió anteriormente por el mismo período;
18. Si completar un programa de rehabilitación vocacional adecuado o continuar participando en él durante un período determinado aumentará significativamente la probabilidad de que el solicitante no necesite volver a recibir beneficios por discapacidad y, por lo tanto, si podrá seguir recibiendo dichos beneficios aunque ya no se considere que tiene una discapacidad;
19. Falta de pago de beneficios debido al confinamiento del solicitante durante más de 30 días consecutivos en una cárcel, prisión u otra institución correccional por condena por un delito penal;
20. Falta de pago de beneficios debido a que el solicitante permanece internado durante más de 30 días consecutivos en una institución de salud mental u otro establecimiento médico porque un tribunal determinó que no era culpable por razones de inimputabilidad debido a un trastorno mental; que no tenía capacidad para enfrentar un juicio o no podía ser juzgado debido a otra deficiencia mental similar; o que representaba un peligro sexual.

Título XVI

1. Elegibilidad para recibir beneficios del SSI o determinación del monto de dichos beneficios;
2. Suspensión, reducción o terminación de los beneficios del SSI;
3. Si debe devolverse un pago en exceso de beneficios;
4. Si los pagos se realizarán en nombre del solicitante a un representante de beneficiario, a menos que el solicitante sea menor de 18 años, se encuentre legalmente incapacitado o haya sido declarado drogadicto o alcohólico;
5. ¿Quién será el representante del beneficiario si determinamos que se realizará un pago a través de un representante?
6. Imponer sanciones por no comunicar información importante;
7. Drogadicción o alcoholismo;
8. Si el solicitante reúne los requisitos para recibir los beneficios especiales en efectivo del SSI;
9. Si el solicitante reúne los requisitos para obtener el estatus especial de elegibilidad del SSI;
10. La discapacidad del reclamante; y
11. Si completar un programa de rehabilitación vocacional adecuado o continuar participando en él durante un período determinado aumentará significativamente la probabilidad de que el solicitante no necesite volver a recibir beneficios por discapacidad y, por lo tanto, si podrá seguir recibiendo dichos beneficios aunque ya no se considere que tiene una discapacidad.

NOTA: Toda determinación nueva que otorgue a una persona el derecho a una revisión adicional constituye una determinación inicial.

Título VIII (Véase VB 02501.035)

1. Cumplir o no cumplir con los requisitos de elegibilidad o los requisitos para tener derecho a recibir Beneficios Especiales para Veteranos (SVB);
2. Reducción, suspensión o terminación de los pagos del SVB;
3. Aplicabilidad de una circunstancia que impide tener derecho a recibir SVB antes de adquirir dicho derecho;
4. Acciones administrativas en casos de SVB similares a las enumeradas en el Título II, puntos 3, 4, 10, 11 y 16.

Título XVIII

1. Derecho a beneficios de seguro hospitalario y a afiliación a beneficios de seguro médico complementario;
2. Denegación (incluida la denegación de una solicitud de beneficios del Seguro Hospitalario [HIB, en inglés] y la denegación de una solicitud de inscripción en el Seguro Médico Suplementario [SMIB, en inglés]);
3. Terminación de los beneficios (incluida la terminación del derecho a seguro hospitalario y seguro médico suplementario).
4. Determinaciones iniciales sobre las reducciones de los subsidios para las primas de la Parte B de Medicare en función de los ingresos.

CÓMO APELAR UNA DECISIÓN SOBRE SUS BENEFICIOS DE SEGURIDAD DE INGRESO SUPLEMENTARIO (SSI) O BENEFICIOS ESPECIALES PARA VETERANOS (SVB)

Ahora que ha elegido el tipo de apelación que mejor se adapta a su caso, complete este formulario o permítanos ayudarlo a completarlo. Para presentar su apelación, puede contar con la ayuda de un abogado, un amigo o cualquier otra persona. Existen grupos que pueden ayudarlo con su apelación. Algunos pueden proporcionarle un abogado gratuito. Podemos facilitarle los nombres de estos grupos.

NOTA: NO COMPLETE ESTE FORMULARIO SI LE INFORMAMOS QUE DEJAREMOS DE PAGARLE LOS BENEFICIOS POR DISCAPACIDAD POR MOTIVOS MÉDICOS O PORQUE YA NO SE CONSIDERA QUE ES UNA PERSONA CIEGA. LE DAREMOS EL FORMULARIO CORRECTO (SSA-789) PARA SU APELACIÓN.

La información de este formulario está autorizada por reglamentación (20 CFR 404.907 - 404.921 y 416.1407 - 416.1421) y Ley Pública 106-169 (sección 809(a)(1) de la sección 251(a)). Si bien su respuesta a estas preguntas es voluntaria, la Administración del Seguro Social no puede reconsiderar la decisión sobre este reclamo a menos que se proporcione la información solicitada.

Declaración sobre la Ley de Privacidad
Recopilación y uso de información personal

Las secciones 205, 702(a)(5), 809, 1631, 1633 y 1869(b) de la Ley del Seguro Social, en su versión modificada, nos permiten recopilar esta información. Facilitarnos esta información es voluntario. Sin embargo, si no proporciona toda o parte de la información, es posible que no podamos reevaluar la decisión sobre su reclamo.

Utilizaremos esta información para determinar si usted reúne los requisitos para recibir beneficios y para administrar nuestros programas. También podemos compartir su información para los siguientes fines, denominados usos rutinarios:

- A terceros cuando la persona con la que se establecerá contacto tenga, o se espere que tenga, información relacionada con la capacidad del interesado para administrar sus propios asuntos o con su elegibilidad para recibir beneficios del programa del Seguro Social o su derecho a recibirlos; y

- Al Centro de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, en inglés), con el fin de administrar la Parte A de Medicare, la Parte B de Medicare, Medicare Advantage (Parte C) y la Parte D de Medicare, lo que incluye, entre otros, los siguientes fines: Procesos de inscripción y cobro de primas de la Parte C de Medicare; procesos de inscripción y cobro de primas de la Parte D de Medicare; reducción de la prima de la Parte B de Medicare en función de la participación en un plan de la Parte C; y procesos de inscripción en la Parte B de Medicare, determinaciones de los montos de ajuste mensual relacionados con los ingresos, apelaciones de dichas determinaciones y cobro de primas.

Además, podemos compartir esta información de conformidad con la Ley de Privacidad y otras leyes federales. Por ejemplo, cuando esté autorizado, podemos utilizar y divulgar esta información en programas informáticos de cotejo de datos, en los que nuestros registros se comparan con otros registros para determinar o verificar la elegibilidad de una persona para recibir beneficios de programas federales y para recuperar deudas derivadas de pagos indebidos o deudas en mora relacionadas con dichos programas.

La lista de usos rutinarios adicionales está disponible en nuestros avisos de sistemas de registros conforme a la Ley de Privacidad (SORN, en inglés): el aviso 60-0089, titulado ·"Sistema de expedientes de solicitudes de beneficios", publicado en el Registro Federal (FR, en inglés) el 1 de abril de 2003, en 68 FR 15784; y el aviso 60-0321, titulado "Archivo de la base de datos de Medicare", publicado en el FR el 25 de julio de 2006, en 71 FR 42159. Encontrará información adicional y una lista completa de todos nuestros SORN en nuestro sitio web: www.ssa.gov/privacy/.

Declaración sobre la Ley de Reducción de Trámites Administrativos: Esta recopilación de información cumple con los requisitos de 44 U.S.C. § 3507, según lo modificado por la sección 2 de la Ley de Reducción de Trámites Administrativos de 1995. No es necesario que responda estas preguntas, a menos que le mostremos un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto. Estimamos que lleva alrededor de 8 minutos leer las instrucciones, recopilar la información y responder las preguntas. **ENTREGUE EL FORMULARIO COMPLETO EN LA OFICINA LOCAL DEL SEGURO SOCIAL O ENVÍELO POR CORREO. Puede encontrar la oficina local del Seguro Social a través del sitio web de la SSA en www.socialsecurity.gov. Las oficinas también aparecen en la lista de agencias del gobierno de EE. UU. en su directorio telefónico, o puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).** Puede enviar sus comentarios sobre nuestra estimación de tiempo indicada anteriormente a: SSA, 6401 Security Blvd, Baltimore, MD 21235-6401. **Envíe <u>únicamente</u> a esta dirección los comentarios relacionados con nuestra estimación de tiempo, no el formulario completado.**

Solicitud de exención de la recuperación por pagos en exceso

Cuándo completar este formulario

Complete este formulario si se aplica alguna de las siguientes situaciones:

- Cree que no es responsable del pago en exceso y no tiene los recursos suficientes para devolver el dinero.
- Piensa que no es responsable del pago en exceso y que es injusto por alguna otra razón.

Utilizaremos sus respuestas para decidir si tiene que devolver el dinero. Si decidimos que no tiene que devolver el dinero, a esto lo llamamos exención.

Cuándo no completar este formulario

- Usted considera que no es responsable del pago en exceso y este es de $2,000 o menos. En este caso, solicite una exención llamando al 1-800-772-1213 o a su oficina local. Es posible que podamos procesar su solicitud rápidamente por teléfono.
- Si cree que cometimos un error al decidir que se le pagó de más, o si no está de acuerdo con la cantidad de dicho pago en exceso. En este caso, complete el formulario **SSA-561**, Solicitud de Reconsideración.
- Usted solicita una audiencia ante un juez administrativo. En este caso, complete el formulario **HA-501-U5**, Solicitud de audiencia ante un juez administrativo.
- **Solo** quiere modificar la cantidad de dinero que debe devolver por mes. En este caso, complete el formulario **SSA-634**, Solicitud de cambio en la tasa de recuperación de pagos en exceso.
- Usted ha sido declarado culpable de fraude en relación con este pago en exceso.

IMPORTANTE: Responda las siguientes preguntas de la forma más completa posible y adjunte cualquier documento justificativo a su solicitud de exención. Si está ayudando a la persona que solicita una exención, responda las preguntas como si esa persona fuera quien completara la solicitud. Si necesita más espacio para sus respuestas, utilice la sección "OBSERVACIONES" de la página 7.

SECCIÓN 1 - PREGUNTAS DE IDENTIFICACIÓN

1.	A. ¿Cuál es el nombre, el número de Seguro Social y el número de reclamo (si corresponde) de la persona que recibió un pago en exceso? Nombre: _____ Número de Seguro Social: _____ Número de reclamo: _____
	B. Si está completando la solicitud de exención para la persona que recibió un pago en exceso, proporcione su nombre y su relación con dicha persona. Nombre: _____ Relación: _____

SECCIÓN 2 - SOLICITUD DE EXENCIÓN

2. ¿El importe total del pago en exceso que figura en su carta es de $2,000 o menos? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es **Sí**, no es necesario completar el resto de este formulario. Llame al 1-800-772-1213 o a su oficina local y es posible que podamos procesar su solicitud de exención rápidamente por teléfono.

Si la respuesta es **No**, continúe completando el resto del formulario.

¿Cuál es el motivo por el que solicita una exención? (Marque todas las que correspondan)

A. ☐ El pago en exceso no fue responsabilidad mía.

B. ☐ No cuento con los recursos suficientes para devolver el dinero.

C. ☐ El pago en exceso es injusto por otras razones.

Explique: _____
_____
_____
_____

3. Indique la fecha del aviso del pago en exceso para el cual solicita la exención: _____ (MM/DD/AAAA)

4. ¿Solicita que hagamos una exención por el pago en exceso en su totalidad, incluido el dinero que ya nos ha devuelto? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es **No**, ¿está solicitando que solo hagamos una exención por el importe restante que nos debe? ☐ Sí ☐ No

5. Cuéntenos qué sabe sobre por qué pudo haberse producido el pago en exceso. Si hubo algún motivo por el que no entendió o no pudo comunicarnos el cambio, por favor explíquenoslo.

Los pagos en exceso suelen producirse cuando ocurre un cambio en su vida del que creemos no habernos enterado a tiempo. Esto sucede por muchas razones, y comprender su opinión nos ayuda a decidir sobre su solicitud de exención.

_____
_____
_____
_____

SECCIÓN 3 - ASISTENCIA BASADA EN LAS NECESIDADES

6. Una persona a cargo es aquella que depende de usted para su sustento y a quien puede incluir en su declaración de impuestos. ¿Usted o algún miembro de su familia que dependa económicamente de usted está recibiendo **actualmente** alguno de los siguientes beneficios?

☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es **Sí** (marque todas las que correspondan), vaya a la página 9, firme, e indique la fecha, su dirección y su número de teléfono. Proporcione el comprobante de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF, en inglés), pensión del Departamento de Asuntos de los Veteranos (VA, en inglés) o Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP en inglés).

- ☐ Pagos de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, en inglés)
- ☐ Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF, en inglés)
- ☐ Pensión basada en la necesidad, otorgada por el Departamento de Asuntos de los Veteranos (VA, en inglés).
- ☐ Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP en inglés)
- ☐ Ayuda adicional de la Parte D de Medicare

Si la respuesta es **No**, complete el resto del formulario.

SECCIÓN 4 - FAMILIAR QUE INTEGRA EL HOGAR

7. A. Si usted es un adulto que solicita una exención, incluya en esta sección a su cónyuge y a cualquier otro miembro de la familia que dependa de usted. Una persona a cargo es un familiar que vive en el hogar, que depende de usted para su sustento y a quien puede declarar como dependiente en su declaración de impuestos sobre la renta. Complete las secciones 5, 6 y 7 con su información, la de su cónyuge y la de sus dependientes.

Si está completando la solicitud de exención para un menor de edad, ¿se utilizan los ingresos y bienes del menor para cubrir los gastos de alimentación y artículos para el hogar? ☐ Sí ☐ No

- Si la respuesta es **Sí**, detalle en esta sección los datos de los padres del menor y de otros dependientes de los padres. Complete las secciones 5, 6 y 7 con la información de todos los miembros del hogar.
- Si la respuesta es **No**, proporcione únicamente la información del menor en las Secciones 5, 6 y 7.

Nombre	Edad	Relación con usted

B. ¿Hay algún miembro de su familia que viva con usted y al que no pueda declarar como dependiente en su declaración de impuestos? ☐ Sí ☐ No

¿Esta persona paga alquiler, facturas del hogar o algún otro gasto doméstico?

☐ Sí, el monto total que usted recibe por mes es de $ _____ ☐ No

Documentos que respalden su declaración:

Para completar las secciones 5, 6 y 7 de este formulario, deberá consultar ciertos documentos que respalden sus declaraciones. Responda todas las preguntas y adjunte cualquier documento respaldatorio suyo, de su cónyuge y de sus dependientes. Los documentos que respalden su solicitud no deben tener una fecha anterior a 3 meses desde la fecha en que solicita la exención. Estos son ejemplos de documentos de respaldo:

- Información actual sobre el alquiler o la hipoteca
- 2 o 3 facturas recientes de servicios públicos, gastos médicos, tarjetas de crédito y seguros
- Su declaración de impuestos más reciente
- Extractos bancarios recientes
- Recibos de pago actuales
- Cheques cancelados

SECCIÓN 5 - RECURSOS - COSAS QUE TIENE Y SON PROPIEDAD SUYA

8. A. ¿Cuánto dinero en efectivo tienen usted, su cónyuge y sus dependientes? $

B. Enumere todas las cuentas financieras suyas, de su cónyuge y de sus dependientes. Estos son algunos ejemplos de cuentas que debería incluir: Cuentas corrientes, cuentas en línea (por ejemplo, PayPal), cuentas de ahorros, certificados de depósito (CD), cuentas individuales de jubilación (IRA), dinero o fondos mutuos, acciones, bonos, fondos fiduciarios, tarjetas de débito prepagadas o cualquier otro tipo de cuenta.

Tipo de cuenta:	Nombre y dirección de la institución	Nombre en la cuenta	Saldo o valor	Ingresos mensuales (intereses o dividendos)	Número de cuenta:
			$	$	
			$	$	
			$	$	
			$	$	
			$	$	
		TOTALES	$	$	

9. A. ¿Usted, su cónyuge o las personas a su cargo tienen más de dos vehículos familiares, incluidos automóviles, vehículos utilitarios deportivos (SUV), camiones, camionetas, casas rodantes, motocicletas, embarcaciones o cualquier otro tipo de vehículo?

☐ Sí (enumere todos los vehículos a continuación) ☐ No (vaya al punto 9.B)

Dueño	Año, Marca/Modelo	Valor actual	Saldo del préstamo (si lo hubiera)	Propósito principal de uso
		$	$	
		$	$	
		$	$	
	TOTALES $			

B. ¿Es usted copropietario de algún inmueble con alguien que no sea su cónyuge o un familiar dependiente?

☐ Sí (enumere a continuación) ☐ No (vaya al punto 9.C)

Dueño	Descripción	Valor comercial	Saldo del préstamo (si lo hubiera)	Monto de los ingresos
		$	$	$
		$	$	$
		$	$	$
	TOTALES $			

C. ¿Usted, su cónyuge o las personas a su cargo son propietarios de algún negocio, inmueble u objeto de valor, o tienen alguna participación o derecho sobre ellos?

☐ Sí (enumere a continuación) ☐ No (vaya al punto 10)

Dueño	Descripción	Valor comercial	Saldo del préstamo (si lo hubiera)	Monto de los ingresos
		$	$	$
		$	$	$
		$	$	$
	TOTALES $			

D. ¿Puede vender o liquidar alguno de los recursos mencionados anteriormente?

☐ Sí, explique ☐ No

SECCIÓN 6 - INGRESOS MENSUALES DEL HOGAR

Ingrese su salario neto mensual, el de su cónyuge y el de las personas a su cargo. Ingrese la cantidad en la línea 11.A. Si necesita más espacio para las respuestas, utilice la sección "OBSERVACIONES" de la página 7.

10.	A. ¿Está usted empleado? ☐ Sí (proporcione la información a continuación) ☐ No (vaya al punto 10.B)	
	Nombre, dirección y teléfono del/de los empleador(es): (Escriba "autónomo" si trabaja por cuenta propia)	Salario neto mensual o ingresos mensuales por trabajo por cuenta propia:
		$
	B. ¿Su cónyuge trabaja? ☐ Sí (proporcione la información a continuación) ☐ No (vaya al punto 10.C)	
	Nombre, dirección y teléfono del/de los empleador(es): (Escriba "autónomo" si trabaja por cuenta propia)	Salario neto mensual o ingresos mensuales por trabajo por cuenta propia:
		$
	C. ¿Alguno de sus dependientes trabaja, incluso por cuenta propia? ☐ Sí (proporcione la información a continuación) ☐ No (vaya al punto 11) Nombre(s) de los dependientes: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	
	Indique el total de los ingresos netos mensuales del trabajo de las personas a su cargo: $ _____	

11. Ingreso (Asegúrese de indicar los importes **mensuales** a continuación)		**Ingresos de la persona que recibió un pago en exceso**	**Cónyuge de la persona que recibió un pago en exceso**	**Dependientes de la persona que recibió un pago en exceso (total)**
A. Salario neto (de las preguntas 10.A, 10.B y 10.C)		$	$	$
B. Beneficios del Seguro Social (jubilación, discapacidad, viudas, estudiantes, etc.)		$	$	$
C. Pensión(es) (de veteranos, militares, de la administración pública, ferroviaria, etc.)	TIPO	$	$	$
	TIPO	$	$	$
D. Ingresos procedentes de bienes inmuebles, negocios, etc. (de las preguntas 9.B y 9.C)		$	$	$
E. Pagos por alojamiento o alimentación de una persona que no es dependiente (de la pregunta 7.B). Coloque la cantidad en la columna de la persona que recibió un pago en exceso.		$	$	$
F. Manutención infantil/Pensión alimenticia conyugal		$	$	$
G. Apoyo o contribuciones de cualquier persona, agencia u organización.		$	$	$
H. Ingresos procedentes de activos (de la pregunta 8.B)		**$** 0	$	$
I. Otros (de cualquier fuente, explique en "OBSERVACIONES" en la página 7)		$	$	$
TOTALES:		$	$	$
Total general $		$		

SECCIÓN 7 - GASTOS MENSUALES DEL HOGAR

No incluya los gastos que se descuentan directamente de su salario (como el seguro médico, la manutención infantil, la pensión alimenticia conyugal, los embargos salariales, etc.). **NOTA:** No es necesario que proporcione documentos que respalden sus gastos del hogar.

12.	Tipo de gasto	$ al mes
	A. Alquiler o hipoteca (si el pago de la hipoteca incluye impuestos sobre la propiedad u otros impuestos locales, seguros, etc., **NO** vuelva a incluir estos gastos a continuación).	$
	B. Impuesto sobre la propiedad (estatal y local) (si está incluido en el pago de la hipoteca, no lo vuelva a incluir).	$
	C. Servicios públicos (gas, electricidad, teléfono [celular o fijo], Internet, recolección de basura, agua, alcantarillado, combustible para calefacción, propano, carbón, leña, etc.).	$
	D. Seguros (de vida, de salud, contra incendios, de vivienda, para inquilinos, de automóvil y cualquier otro seguro de responsabilidad civil o contra daños materiales).	$
	E. Alimentos (víveres, incluidos los comprados con beneficios de SNAP, y la comida en restaurantes, en el trabajo, etc.)	$
	F. Artículos para el hogar y el cuidado personal (ropa, productos de limpieza, artículos de aseo personal, visitas a salones de belleza, artículos para mascotas, etc.)	$
	G. Gastos del vehículo familiar (préstamo, arrendamiento, gasolina y reparaciones)	$
	H. Otros medios de transporte (autobús, taxi, etc.)	$
	I. Gastos médicos y dentales (medicamentos recetados y equipos médicos, si no están cubiertos por el seguro)	$
	J. Matrícula y gastos escolares	$
	K. Pagos ordenados por el tribunal pagados directamente al tribunal.	$
	L. Pagos con tarjeta de crédito (indicar el pago mínimo mensual). **NO** incluya ningún gasto ya mencionado anteriormente.	$
	TOTAL	$

Si no está pagando sus facturas, explique qué facturas tienen saldos impagos en la sección "OBSERVACIONES" a continuación.

SECCIÓN DE OBSERVACIONES

Si va a continuar la respuesta a una pregunta, escriba primero el número (y la letra, si corresponde) de la pregunta.

IMPORTANTE: Revise, complete y firme las declaraciones de las páginas 8 y 9.

A continuación, encontrará una autorización para que la Administración del Seguro Social obtenga la información de su cuenta financiera. Es posible que necesitemos acceder a sus registros financieros para determinar si podemos hacer una exención del pago en exceso.

IMPORTANTE: Si la persona que ha recibido un pago en exceso es menor de edad, un padre o tutor legal deberá completar y firmar el formulario en nombre del menor. Si un tribunal ha designado un tutor legal para una persona adulta, dicho tutor legal deberá completar y firmar el formulario. Los adultos que no tengan un tutor legal designado por un tribunal deben completar y firmar el formulario, incluso si tienen un representante de beneficiario.

AUTORIZACIÓN PARA QUE LA ADMINISTRACIÓN DEL SEGURO SOCIAL OBTENGA REGISTROS DE CUENTAS DE UNA INSTITUCIÓN FINANCIERA Y SOLICITUD DE REGISTROS

Revise lo siguiente, seleccione una opción y firme a continuación:

Comprendo lo siguiente:

- Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento antes de que se divulgue cualquier registro.
- La Administración del Seguro Social puede solicitar todos los registros sobre mí a cualquier institución financiera.
- Se mantendrá la confidencialidad de toda la información obtenida.
- Tengo derecho a obtener una copia del registro que la institución financiera conserva sobre los casos en que ha divulgado información a una autoridad gubernamental, a menos que dicha divulgación se deba a una orden judicial.
- Esta autorización no es un requisito para realizar transacciones comerciales con ninguna institución financiera.
- La Administración del Seguro Social solicitará registros para determinar la posibilidad de reembolsar un pago en exceso junto con una determinación de exención.
- Si no proporciono mi autorización o la revoco, la Administración del Seguro Social puede determinar, sobre esa base, que el ajuste o la recuperación del pago en exceso no me privará de los fondos necesarios para cubrir mis gastos de alimentación, vestimenta, vivienda, atención médica u otros gastos esenciales.
- Esta autorización permanecerá vigente hasta que ocurra primero cualquiera de las siguientes circunstancias: 1) Una decisión definitiva sobre si el ajuste o la recuperación de mi pago en exceso me privaría de los fondos necesarios para cubrir mis gastos de alimentación, vestimenta, vivienda, atención médica u otros gastos esenciales; o 2) la revocación de esta autorización mediante una notificación por escrito a la Administración del Seguro Social.

☐ Autorizo a cualquier persona responsable de la custodia de registros de cualquier institución financiera a divulgar a la Administración del Seguro Social cualquier registro relacionado con mis operaciones financieras o las de la persona mencionada anteriormente, a quien represento legalmente o cuyos beneficios administro.

☐ No autorizo a ninguna persona responsable de la custodia de registros de ninguna institución financiera a divulgar a la Administración del Seguro Social ningún registro relacionado con mis operaciones financieras o las de la persona mencionada anteriormente, a quien represento legalmente o cuyos beneficios administro. Entiendo que si no doy permiso para obtener mis registros financieros o si revoco mi permiso, la SSA podría no aprobar mi solicitud de exención.

Firma/Autorización del cliente	Dirección de envío	Fecha
Representante legal Firma/Autorización	Dirección postal del representante legal	Fecha

CLÁUSULA DE SANCIONES, CERTIFICACIÓN Y DECLARACIÓN SOBRE LA LEY DE PRIVACIDAD

Declaro bajo pena de perjurio que he examinado toda la información contenida en este formulario, así como en cualquier declaración o formulario adjunto, y que es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que cualquier persona que, a sabiendas, haga una declaración falsa sobre un hecho relevante en esta información, o que induzca a otra persona a hacerlo, comete un delito y puede ser sancionada con una multa o pena de prisión.

FIRMA DE LA PERSONA QUE RECIBIÓ UN PAGO EN EXCESO, DEL REPRESENTANTE DE BENEFICIARIO, DEL TUTOR LEGAL O DEL PADRE O LA MADRE QUE TIENE LA CUSTODIA

Firma (Nombre, inicial del segundo nombre, apellido)	Fecha (MM/DD/AAAA)

Número de teléfono fijo (incluya el código de área)	Número de teléfono celular

Dirección postal (número y calle, núm. de apartamento, apartado postal o ruta rural)

Ciudad	Estado	Código postal

Se requieren testigos ÚNICAMENTE si esta declaración ha sido firmada con la marca (X) arriba. Si se firma con una marca (X), dos testigos de la firma que conozcan a la persona deben firmar a continuación, indicando sus direcciones completas.

1. Firma del testigo	2. Firma del testigo
Dirección (número y calle, ciudad, estado y código postal)	Dirección (número y calle, ciudad, estado y código postal)

Declaración sobre la Ley de Privacidad
Recopilación y uso de información personal

Los artículos 204 y 1631 de la Ley del Seguro Social, en su versión modificada, nos permiten recopilar su información o la información que usted presenta en nombre de otra persona, que utilizaremos para determinar si corresponde conceder una exención de la recuperación de un pago en exceso y para obtener autorización para acceder a la información de las cuentas financieras. Proporcionar esta información es voluntario, pero no proporcionar toda la información o parte de ella puede impedirnos ayudarlo con su solicitud. En la medida en que lo permita la ley, podemos utilizar y compartir la información que usted proporcione, incluso con otras agencias federales, empleadores, terceros y otras personas o entidades, según se describe en los usos rutinarios establecidos en los avisos de sistemas de registros (SORN) 60-0094, 60-0103 y 60-0320, disponibles en www.ssa.gov/privacy. La información que usted proporcione también podrá utilizarse en programas informáticos de cotejo de datos para determinar o verificar la elegibilidad para recibir beneficios de programas federales y para recuperar deudas relacionadas con dichos programas.

Declaración sobre la Ley de Reducción de Trámites Administrativos: Esta recopilación de información cumple con los requisitos de 44 U.S.C. § 3507, según lo modificado por la sección 2 de la Ley de Reducción de Trámites Administrativos de 1995. No es necesario que responda estas preguntas, a menos que le mostremos un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto. Estimamos que se tardarán unos 60 minutos en leer las instrucciones, recopilar la información y responder a las preguntas. **ENTREGUE EL FORMULARIO COMPLETO EN LA OFICINA LOCAL DEL SEGURO SOCIAL O ENVÍELO POR CORREO. Puede encontrar la oficina local del Seguro Social a través del sitio web de la SSA en** www.socialsecurity.gov.
Las oficinas también aparecen en la lista de agencias del gobierno de 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 esta estimación del tiempo y esfuerzo requeridos o sobre cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluidas sugerencias para reducir dicha carga, a: SSA, 6401 Security Blvd, Baltimore, MD 21235-6401. **Envíe a esta dirección únicamente comentarios relacionados con nuestra estimación de tiempo u otros aspectos de esta recopilación de información, no el formulario completado.**

Solicitud de cambio en la tasa de recuperación de pagos en exceso

Cuándo completar este formulario

Complete este formulario si solicita que ajustemos la tasa de retención actual para recuperar el pago en exceso que recibió, debido a que no puede cubrir sus gastos básicos de subsistencia. Utilizaremos sus respuestas para decidir si podemos reducir la cantidad que debe pagarnos por mes.

IMPORTANTE: Responda las siguientes preguntas de la forma más completa posible. Si está respondiendo las preguntas en nombre de otra persona, marque las casillas y responda cada pregunta según corresponda a la persona que recibió un pago en exceso.

SECCIÓN 1 - PREGUNTAS DE IDENTIFICACIÓN

1. A. ¿Cuál es el nombre, el número de Seguro Social y el número de reclamo (si corresponde) de la persona que recibió un pago en exceso?

Nombre:

Número del Seguro Social (SSN, en inglés): | Número de reclamo:

B. ¿Es usted la persona que recibió un pago en exceso? ☐ Sí (pase a la pregunta 2) ☐ No (pase a la pregunta 1.C)

C. Si usted no es la persona que recibió un pago en exceso, ¿cuál es su relación con la persona que recibió dicho pago?
(Marque todas las que correspondan)

- ☐ Soy el padre/madre de la persona que recibió un pago en exceso.
- ☐ Soy el representante de beneficiario de la persona que recibió un pago en exceso.
- ☐ Soy el cónyuge de la persona que recibió un pago en exceso.
- ☐ Soy el tutor legal de la persona que recibió un pago en exceso.
- ☐ Otro, explique:

D. Si usted no es la persona que recibió el pago en exceso, ¿cuál es su nombre o el nombre de la organización que representa?

Nombre:

2. Marque todas las opciones que correspondan:

- ☐ Estoy recibiendo beneficios de la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI).
- ☐ Estoy recibiendo Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF).
- ☐ Estoy recibiendo una pensión basada en la necesidad, otorgada por el Departamento de Asuntos de los Veteranos (VA).
- ☐ Estoy recibiendo beneficios del Seguro Social.
- ☐ No estoy recibiendo beneficios.

3. Ingrese el monto total que debe: $

4. Indique el monto que puede pagar o permitir que se le retenga de su pago por mes: $

SU ESTADO FINANCIERO

Documentos que respalden sus declaraciones

Responda todas las preguntas y adjunte documentos que respalden su solicitud. Los documentos de respaldo no deben tener una antigüedad superior a 3 meses a partir de la fecha en que solicita un cambio en la tasa de devolución.
Estos son ejemplos de documentos de respaldo:

- Información actual sobre el alquiler o la hipoteca
- 2 o 3 facturas recientes de servicios públicos, gastos médicos, tarjetas de crédito y seguros
- Cheques cancelados
- Extractos bancarios recientes (cuenta corriente o de ahorros)
- Recibos de pago actuales
- Su declaración de impuestos más reciente

Escriba solo cantidades enteras en dólares. Redondee los centavos al dólar más cercano. Si necesita más espacio para sus respuestas, utilice la sección "Observaciones" que se encuentra al final de la página 6.

SECCIÓN 2 - ACTIVOS - COSAS QUE TIENE Y SON PROPIEDAD SUYA

5. A. ¿Cuánto dinero en efectivo tiene en su poder? $

B. Enumere todas sus cuentas financieras. Estos son algunos ejemplos de cuentas que debería incluir: Cuentas corrientes, cuentas en línea (por ejemplo, PayPal), cuentas de ahorros, certificados de depósito (CD), cuentas individuales de jubilación (IRA), dinero o fondos mutuos, acciones, bonos, fondos fiduciarios, tarjetas de débito prepagadas o cualquier otro tipo de cuenta.

Tipo de cuenta:	Nombre y dirección de la institución	Nombre en la cuenta	Saldo o valor	Ingresos mensuales (intereses o dividendos)	Número de cuenta:
		TOTALES $			

6. A. ¿Tiene usted más de un vehículo familiar, incluidos automóviles, vehículos utilitarios deportivos (SUV), camiones, camionetas, casas rodantes, motocicletas, embarcaciones o cualquier otro tipo de vehículo?

☐ Sí (enumere todos los vehículos a continuación) ☐ No (vaya al punto 6.B)

Dueño	Año/Marca/Modelo	Valor actual	Saldo del préstamo (si lo hubiera)	Propósito principal de uso
	VALOR TOTAL COMPUTABLE $			

(Las opciones continúan en la página siguiente)

6. B. ¿Posee usted algún otro bien inmueble, además de su vivienda? ☐ Sí (enumere a continuación) ☐ No (vaya al punto 6.C)

Dueño	Descripción	Valor comercial	Saldo del préstamo (si lo hubiera)	Monto de los ingresos
	TOTALES $			

C. ¿Es propietario de algún negocio, propiedad u objeto de valor, o tiene alguna participación o derecho sobre ellos?

☐ Sí (enumere a continuación) ☐ No (vaya al punto 7)

Dueño	Descripción	Valor comercial	Saldo del préstamo (si lo hubiera)	Monto de los ingresos
	TOTALES $			

SECCIÓN 3 - INGRESOS MENSUALES DEL HOGAR

La siguiente pregunta se refiere al salario neto mensual. Ingrese su salario neto y marque la casilla para indicar si cobra semanalmente, cada dos semanas, dos veces al mes o mensualmente. Anote el monto mensual de la línea 9.A.

6. ¿Está usted empleado? ☐ Sí (proporcione la información a continuación) ☐ No

Nombre, dirección y teléfono del empleador: (Escriba "autónomo" si trabaja por cuenta propia)	Salario neto o ingresos netos si trabaja por cuenta propia. Elija una opción:	$
	☐ Semanalmente ☐ Cada 2 semanas ☐ Dos veces al mes ☐ Mensual	

8. A. ¿Recibe apoyo o contribuciones de alguna persona u organización?
☐ Sí (pase a la pregunta 8.B) ☐ No (pase a la pregunta 9)

B. ¿El apoyo se recibe en virtud de un contrato de préstamo?
☐ Sí (pase a la pregunta 9) ☐ No (pase a la pregunta 8.C)

C. ¿Cuánto dinero recibe cada mes? (Muestre esta cantidad en la línea I de la pregunta 9)

$	**Fuente:**

9.

Ingresos (Asegúrese de mostrar los importes **mensuales** a continuación)	Sus ingresos	SOLO PARA USO DE LA SSA
A. Salario neto (de la pregunta 7)		
B. Beneficios del Seguro Social (jubilación, discapacidad, viudas, estudiantes, etc.)		
C. Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, en inglés)		

(Las opciones continúan en la página siguiente)

9.				
	D. Pensión(es) (de veteranos, militares, de la administración pública, ferroviaria, etc.)	TIPO		
		TIPO		
	E. Beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)			
	F. Ingresos procedentes de bienes inmuebles, negocios, etc. (de las preguntas 6.B y 6.C)			
	G. Pagos por alojamiento o alimentación por parte de una persona que no es dependiente. Explique en las observaciones a continuación.			
	H. Manutención infantil/Pensión alimenticia conyugal			
	I. Otro tipo de apoyo (de la pregunta 8.C)			
	J. Ingresos procedentes de activos (de la pregunta 5.B)			
	K. Otro (de cualquier fuente, explique en la sección OBSERVACIONES a continuación)			
	TOTAL:			
	OBSERVACIONES:			

SECCIÓN 4 - GASTOS MENSUALES DEL HOGAR

No incluya los gastos que se descuentan directamente de su salario (como el seguro médico, la manutención infantil, la pensión alimenticia conyugal, los embargos salariales, etc.). (Asegúrese de mostrar los montos promedio **mensuales** en el número 10).
Escriba solo cantidades enteras en dólares y redondee los centavos al dólar más cercano.

10.	**Tipo de gasto**	**$ al mes**	SOLO PARA USO DE LA SSA
	A. Alquiler o hipoteca (si el pago de la hipoteca incluye impuestos sobre la propiedad u otros impuestos locales, seguros, etc., **NO** vuelva a incluir estos gastos a continuación).		
	B. Alimentos (víveres, incluidos los comprados con beneficios de SNAP, y la comida en restaurantes, en el trabajo, etc.).		
	C. Servicios públicos (gas, electricidad, teléfono (celular o fijo), Internet, recolección de basura, agua y alcantarillado).		
	D. Otros combustibles para calefacción o cocina (combustible líquido, propano, carbón, leña, etc.).		
	E. Ropa.		
	F. Artículos del hogar (artículos de higiene personal, etc.).		
	G. Impuesto sobre la propiedad (estatal y local).		
	H. Seguros (de vida, salud, contra incendios, para propietarios de vivienda, para inquilinos, de automóvil y otras pólizas contra daños o de responsabilidad civil).		

(Las opciones continúan en la página siguiente)

9.			
	I. Gastos médicos y dentales (medicamentos recetados y equipos médicos, si no están cubiertos por el seguro).		
	J. Pago de préstamo/arrendamiento de vehículo.		
	K. Gastos del vehículo (gasolina y reparaciones).		
	L. Otros medios de transporte (autobús, taxi, etc., utilizados para citas médicas, trabajo u otros viajes necesarios).		
	M. Matrícula y gastos escolares.		
	N. Pagos ordenados por el tribunal pagados directamente al tribunal.		
	O. Pagos con tarjeta de crédito (mostrar pago mínimo mensual). **NO** incluya ningún gasto ya mencionado anteriormente.		
	P. Cualquier gasto no mostrado anteriormente.		
	TOTAL		

OBSERVACIONES SOBRE LOS GASTOS: (Proporcione cualquier información adicional que no se haya incluido anteriormente. Además, explique cualquier gasto inusual o muy elevado, como gastos médicos, universitarios, etc.).

SECCIÓN 5 - COMPARACIÓN DE INGRESOS Y GASTOS

11.	A. Sus ingresos mensuales. Escriba aquí la cantidad del "**Total**" de la pregunta 9.	$
	B. Sus gastos mensuales. Escriba aquí la cantidad del "**Total**" de la pregunta 10.	$
	C. Total. Reste B de A.	$
12.	Si sus gastos en 11.B son mayores que sus ingresos en 11.A, explique cómo está pagando sus facturas. Si no está pagando sus facturas, explique cuáles tienen saldos pendientes.	

SECCIÓN 6 - EXPECTATIVAS FINANCIERAS Y DISPONIBILIDAD DE FONDOS

13. A. ¿Espera recibir una herencia en los próximos 6 meses?

☐ Sí (Explique en la línea siguiente) ☐ No (vaya al punto 13.B)

B. ¿Existe alguna razón por la que no pueda convertir en efectivo los activos financieros indicados en los puntos 5.B, 6.A, 6.B o 6.C, o venderlos por el monto indicado en "Saldo o valor"?

☐ Sí (Explique en la línea siguiente) ☐ No

C. Indique el total de sus activos según las preguntas 5.A, 5.B, 6.A, 6.B y 6.C.

Total $: _____

ESPACIO PARA OBSERVACIONES: Si va a continuar la respuesta a una pregunta, escriba primero el número (y la letra, si corresponde) de la pregunta.

Declaración sobre la Ley de Privacidad
Recopilación y uso de información personal

Los artículos 204 y 1631 de la Ley del Seguro Social, en su versión modificada, nos permiten recopilar su información. Facilitarnos esta información es voluntario. Sin embargo, si no proporciona toda la información solicitada o parte de ella, es posible que no podamos negociar un acuerdo de devolución ni tomar una decisión precisa y oportuna sobre su solicitud de modificación de la tasa de recuperación del pago en exceso.

Utilizaremos la información que nos proporcione para determinar si podemos aprobar su solicitud de modificación de la tasa de recuperación del pago en exceso. También podemos compartir la información para los siguientes fines, denominados usos rutinarios:

- A los estudiantes voluntarios y otros trabajadores, que técnicamente no tienen la condición de empleados federales, cuando realizan trabajos para la SSA según lo autorizado por la ley, y necesitan acceso a información de identificación personal en los registros de la SSA para realizar las funciones que la Agencia les asignó; y

- A contratistas y otras agencias federales, según sea necesario, para ayudarnos a administrar eficientemente nuestros programas. Solo divulgaremos información en virtud de este uso rutinario en situaciones en las que podamos celebrar un acuerdo contractual o similar para obtener asistencia en el cumplimiento de una función de la SSA relacionada con este sistema de registros.

Además, podemos compartir esta información de conformidad con la Ley de Privacidad y otras leyes federales. Por ejemplo, cuando esté autorizado, podemos utilizar y divulgar esta información en programas informáticos de cotejo de datos, en los que nuestros registros se comparan con otros registros para determinar o verificar la elegibilidad de una persona para recibir beneficios de programas federales y para recuperar deudas derivadas de pagos indebidos o deudas en mora relacionadas con dichos programas.

Una lista de usos rutinarios adicionales está disponible en nuestro Aviso del Sistema de Registros de la Ley de Privacidad (SORN) 60-0094, titulado Recuperación de Pagos en Exceso, Sistema de Contabilidad e Informes/Gestión de Deudas (ROAR/DMS), publicado en el Registro Federal (FR) el 23 de agosto de 2005, en 70 FR 49354; 60-0231, titulado Sistema de Contabilidad e Informes en Línea del Seguro Social, publicado en el FR el 14 de enero de 2020 en 85 FR 2224; y 60-0320, titulado Archivo electrónico de solicitudes de beneficios por discapacidad (eDIB), publicado en el FR el 4 de junio de 2020, en 85 FR 34477. Encontrará información adicional y una lista completa de todos nuestros SORN en nuestro sitio web www.ssa.gov/privacy.

Declaración sobre la Ley de Reducción de Trámites Administrativos: Esta recopilación de información cumple con los requisitos de 44 U.S.C. § 3507, según lo modificado por la sección 2 de la Ley de Reducción de Trámites Administrativos de 1995. No es necesario que responda estas preguntas, a menos que le mostremos un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto. Estimamos que se tardarán unos 45 minutos en leer las instrucciones, recopilar la información y responder las preguntas. **ENTREGUE EL FORMULARIO COMPLETO EN LA OFICINA LOCAL DEL SEGURO SOCIAL O ENVÍELO POR CORREO. Puede encontrar la oficina local del Seguro Social a través del sitio web de la SSA en** www.socialsecurity.gov. **Las oficinas también aparecen en la lista de agencias del gobierno de 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 esta estimación del tiempo y esfuerzo requeridos o sobre cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluidas sugerencias para reducir dicha carga, a: SSA, 6401 Security Blvd, Baltimore, MD 21235-6401. **Envíe a esta dirección únicamente comentarios relacionados con nuestra estimación de tiempo u otros aspectos de esta recopilación de información, no el formulario completado.**

Nombre: _____

Número de Seguro Social: _____

Fecha: _____

Número de teléfono: _____

Dirección: _____

Solicitud de un plan de pagos de $10 para devolver un pago en exceso

Estimado representante de reclamos del Seguro Social:

Recibo beneficios del Seguro Social/SSI. Se me informó que tengo un pago en exceso registrado. Solicito un plan de pagos. Por favor, no retenga más de $10 al mes, porque:

_____ Soy beneficiario del programa para Beneficiarios Calificados de Medicare (QMB, en inglés) u otro subsidio de la Parte D de Medicare.[1]

_____ Debo $600 o menos y no cuento con los recursos para pagar más de $10 por mes por el pago en exceso.[2]

_____ No cuento con los recursos para pagar más de $10 por mes por el pago en exceso.[3] Completé el formulario 634, "Solicitud de cambio en la tasa de recuperación de pagos en exceso". Adjunté ese formulario a esta carta.

Gracias por su ayuda.

Atentamente,

_____
Nombre

[1] Consulte POMS GN 02210.030(C).
[2] Consulte POMS GN 02210.030(B).
[3] Consulte POMS GN 02210.030(C).