INFORMATION SHEET

Mark the benefit you are applying for:
Marque el beneficio al que aplica:

- ☐ Retirement (Jubilación)
- ☐ Disability (Discapacidad)
- ☐ Spouse (Esposa)
- ☐ Disabled Adult Child (Nino Adulto Discapacitado)
- ☐ Widow(er) (Viudez)
- ☐ Disabled Widow(er) (Viudo/a Discapacicitado)
- ☐ Lump Sum Death Payment (Mortuoria)
- ☐ Child (Menor de Edad)

Information for the U.S. Wage Earner/Worker
Informacion del Trabajador

Name of The Worker (First, Middle, Last):
Nombre del Trabajador (Primer, Segundo, Apellido):
_____

Social Security Number:
Número de Seguro Social:
_____

Date of Birth (Month/date/yyyy):
Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Ano):
_____

If applicable, Date of Death (Month/date/yyyy):
Si aplicable, Fecha de Defunción (Mes/Día/Ano): _____

If applicable, Onset Date of Disability (Month/date/yyyy):
Si aplicable, Fecha de Discapacidad (Mes/Día/Ano):
_____

Mailing Address (Dirección):
_____
_____

Email Address (Correo Electrónico): _____
Tel Number: (___) - _____ Cell Number : (___) - _____

Information For The Applicant (If different from above)
Información del aplicante (si es diferente al de la persona en la sección superior)

Full Name (First, Middle, Last):
Nombre Completo (Primer, Segundo, Apellido):
_____

Social Security Number:
Número de Seguro Social:
_____

Date of Birth (Month/date/yyyy):
Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Ano):
_____

Onset Date of Disability [if disabled] (Month/date/yyyy):
Si aplicable, Fecha de Discapacidad (Mes/Día/Ano):
_____