Form **SSA-89-SP** (04-2023)
Discontinue Prior Editions
Administración del Seguro Social

OMB No. 0960-0760

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: Research Services

Dirección de la empresa: 124 Simsbury Rd, Avon, CT 06001

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

Nombre del agente: FraudTechnology.com Corp.

Dirección del agente: 3500 Fairlane Farms Rd., Suite 2, Wellington, FL 33414

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).