

SOLICITUD PARA RECONSIDERACIÓN

(Request for Reconsideration)

NOMBRE DEL RECLAMANTE	NOMBRE DEL TRABAJADOR O EMPLEADO POR CUENTA (Si es diferente del reclamante)	(No escriba en este espacio)
NÚMERO DE RECLAMACIÓN DE SEGURO SOCIAL	NÚMERO DE RECLAMACIÓN DE SEGURIDAD DE INGRESO SUPLEMENTARIO (SSI) O DE BENEFICIOS ESPECIALES DE VETERANOS (SVB)	
NOMBRE DEL CÓNYUGE (complete SÓLO en casos de SSI)	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL CÓNYUGE (complete SÓLO en casos de SSI)	

RECLAMACIÓN PARA (Especifique tipo, Ej., jubilación, incapacidad, seguro de hospital, Seguridad de Ingreso Suplementario, Beneficios Especiales de Veteranos, etc.)

Yo no estoy de acuerdo con la determinación hecha en la reclamación mencionada arriba y solicito una reconsideración. Mis razones son:

RECONSIDERACIÓN DE SEGURIDAD DE INGRESO SUPLEMENTARIO O BENEFICIOS ESPECIALES DE VETERANOS SOLAMENTE (Vea las tres maneras para apelar en las instrucciones de cómo apelar la decisión en su reclamación para Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) o para Beneficios Especiales de Veteranos (SVB).) **“Yo quiero apelar su decisión sobre mi reclamación para Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) o Beneficios Especiales de Veteranos (SVB). He leído sobre las tres maneras que puedo apelar. Yo he marcado la casilla que está a continuación.”**

- Revisión de caso
 Conferencia Informal
 Conferencia Formal

DEBE FIRMAR EL RECLAMANTE O EL REPRESENTANTE—ESCRIBA LAS DIRECCIONES DE AMBOS

Yo declaro bajo pena de perjurio que he examinado toda la información en este formulario, y en cualquier declaración o formulario adjunto, y es cierto y correcto según mi entender.

FIRMA DEL RECLAMANTE			FIRMA O NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL RECLAMANTE		
			<input type="checkbox"/> NO ABOGADO <input type="checkbox"/> ABOGADO		
DIRECCIÓN POSTAL			DIRECCIÓN POSTAL		
CIUDAD	ESTADO	ZONA POSTAL	CIUDAD	ESTADO	ZONA POSTAL
NÚMERO DE TELÉFONO (incluya el código de área)		FECHA	NÚMERO DE TELÉFONO (incluya el código de área)		FECHA
() -			() -		

PARA SER COMPLETADO POR LA ADMINISTRACIÓN DEL SEGURO SOCIAL

See list of initial determinations

1. HAS INITIAL DETERMINATION BEEN MADE? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	2. CLAIMANT INSISTS ON FILING <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
3. IS THIS REQUEST FILED TIMELY? (If "NO", attach claimant's explanation for delay and attach only pertinent letter, material, or information in Social Security office.)	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO

RETIREMENT AND SURVIVORS RECONSIDERATIONS ONLY (CHECK ONE) REFER TO (GN 03102.125)	SOCIAL SECURITY OFFICE ADDRESS
<input type="checkbox"/> NO FURTHER DEVELOPMENT REQUIRED (GN 03102.300) <input type="checkbox"/> REQUIRED DEVELOPMENT ATTACHED <input type="checkbox"/> REQUIRED DEVELOPMENT PENDING, WILL FORWARD OR ADVISE STATUS WITHIN 30 DAYS	

ROUTING INSTRUCTIONS (CHECK ONE) →	<input type="checkbox"/> DISABILITY DETERMINATION SERVICES (ROUTE WITH DISABILITY FOLDER)	<input type="checkbox"/> PROGRAM SERVICE CENTER	<input type="checkbox"/> DISTRICT OFFICE RECONSIDERATION
	<input type="checkbox"/> ODO, BALTIMORE	<input type="checkbox"/> OIO, BALTIMORE	<input type="checkbox"/> CENTRAL PROCESSING SITE (SVB)
	<input type="checkbox"/> OEO, BALTIMORE		

Nota: Lleve o envíe por correo el formulario **original firmado** a su oficina local de Seguro Social, Oficina Regional de Asuntos de Veteranos en Manila o cualquier puesto de servicio de los Estados Unidos en el extranjero y mantenga una copia para sus registros.