

Check List de Información para la Solicitud de Incapacidad:

<u>Información Requerida:</u>	<u>Descripción y explicación de la Información necesaria:</u>	<u>Marcar, si tiene esta información:</u>
Su Nombre, género y número de Seguro Social	Proporcione su nombre completo, género y número de Seguro Social.	
Fecha y lugar de nacimiento	Indique su fecha de nacimiento y el lugar (Estado, territorio como Puerto Rico o un país extranjero).	
Estado de ciudadanía	Si no nació en Puerto Rico o los Estados Unidos, indique sobre su estado de ciudadanía actual.	
Solicitudes previas de beneficios del Seguro Social	Indique si usted ha solicitado antes los beneficios del Seguro Social, Medicare o Ingreso de Seguridad Suplementario.	
Uso de otros números de Seguro Social	Indique si ha utilizado algún otro número de Seguro Social.	
Servicio militar activo antes de 1968	Si le aplica, proporcione las fechas de servicio militar y si ha recibido beneficios mensuales de alguna agencia militar o civil federal.	
Créditos de Seguro Social en otro país	Indique si ha ganado créditos bajo el sistema de Seguridad Social de otro país.	
Pensión o anualidad de empleo gubernamental	Indique si cualifica o espera recibir una pensión basada en empleo con el gobierno federal de EE. UU. o una subdivisión local.	
Estado civil actual	Proporcione información sobre su estado civil actual y, si está casado, el nombre, fecha de nacimiento y SSN de su cónyuge.	
Información sobre excónyuges con quien estuvo casado legalmente más de 10 años	Indique los nombres, fechas de nacimiento de cualquier excónyuge, junto con fechas y lugares de los matrimonios y divorcios. No tiene que proveer esta información si estuvo casado menos de 10 años.	
Información sobre sus hijos	Detalle el nombre de sus hijos menores de 18, de 18-19 en escuela, o discapacitados antes de los 22 años.	
Hijos menores de 3 años	Si tuvo hijos menores de 3 años viviendo con usted en los años sin ingresos, indíquelo.	
Dependencia económica de sus padres	Indique si usted tiene un padre dependiente económicamente de usted al momento de incapacitarse.	
Información del patrono y lugares de trabajo durante los últimos 15 años	Nombre de los patronos o detalles de su autoempleo, y montos de ganancias de este año y el pasado.	
Ingresos recibidos luego de haber dejado de trabajar	Indique si ha recibido o espera recibir dinero de su patrono desde la fecha en que no pudo trabajar.	
Fecha de incapacidad para trabajar	Fecha en la que se incapacitó para trabajar debido a enfermedades, lesiones o condiciones.	
Información sobre compensación laboral	Detalle sobre cualquier compensación laboral que haya recibido o espera recibir.	