

사회보장국 (SOCIAL SECURITY ADMINISTRATION)

사회보장 카드 신청서

사회보장 카드 신청은 무료입니다!

이 신청서를 이용하여:

- 사회보장 카드 최초원본 발급 신청
- 사회보장 카드 재발급 신청
- 사회보장 번호 기록상의 정보 변경 또는 정정

중요사항: 신청서를 제대로 작성해 필요한 증거서류와 함께 제출하셔야만 신청서를 처리할 수 있습니다. 원본 또는 원본 기록물의 관리인이 인증한 서류들만을 인정할 수 있습니다. 공중 사본 또는 기록 관리인이 인증하지 않은 복사본은 인정할 수 없습니다. 신청서와 함께 제출하신 일체의 서류는 반환해 드립니다. 도움이 필요하신 경우 1-800-772-1213번으로 전화주시거나 www.socialsecurity.gov 웹사이트를 방문하십시오.

사회보장 카드 원본

사회보장카드 원본 발급을 신청하려면, 연령, 신분, 미국 시민권 또는 현재 합법적인 노동 허가 이민 상태를 증명하는 적어도 두 가지 서류를 제출해야 합니다. 미국 시민이 아니고 DHS 노동 허가를 받지 않은 경우, 노동 이외의 유효한 이유로 사회보장 번호를 필요로 함을 증명해야 합니다. 인정 가능한 문서에 관한 설명은 2페이지를 참조하십시오.

주: 귀하가 12세 이상이고 사회보장 번호를 발급 받은 적이 없는 경우, 직접 방문하여 신청해야 합니다.

사회보장 카드 재발급

사회보장 카드 재발급을 신청하려면, 신분을 증명하기 위한 서류 한 가지를 제출해야 합니다. 미국 이외 지역에서 출생한 경우에는 미국 시민권 또는 현재의 합법적인 노동 허가 상태를 증명하는 서류도 함께 제출해야 합니다. 인정 가능한 문서에 관한 설명은 2페이지를 참조하십시오.

사회보장 기록상의 정보 정정

사회보장 번호 기록(예: 성명 또는 시민권 변경, 생년월일 정정)상의 정보를 변경하려면, 신분을 증명하고 요청한 변경사항을 뒷받침하며 변경의 이유를 입증하는 서류를 제출해야 합니다. 예를 들어, 정확한 생년월일이 표기된 출생 증명서를 제출할 수 있습니다. 성명 변경을 입증하는 서류는 최신의 서류로, 귀하의 예전 성명과 새로운 성명을 모두 명기하고 있어야 합니다. 성명이 변경된지 2년 이상이 지났거나 성명 변경 신청서류에 신분을 입증할 만한 충분한 정보가 없는 경우, 예전 성명의 신원 및/또는, 일부의 경우 새로운 법적 성명을 증명할 수 있는 서류를 제출해야 합니다. 미국 이외 지역에서 출생한 경우, 미국 시민권 또는 현재의 합법적인 노동 허가 상태를 증명하는 서류를 제출해야 합니다. 인정 가능한 문서에 관한 설명은 2페이지를 참조하십시오.

사회보장 카드 재발급에 대한 제한

공법(Public Law) 108-458은 재 발급받을 수 있는 사회보장 카드의 수를 1년에 3장, 평생 10장으로 제한합니다. 법적 성명에 대한 변경 또는 노동 허가 범례에 대한 변경사항을 반영하기 위해 발급한 카드는 이 수 제한에 해당하지 않습니다. 사회보장 카드가 필요하다는 내용이 담긴 증거서류를 공식출처에서 발급받아 제시하는 경우, 이 제한에 대한 예외를 허용할 수 있습니다.

질문이 있는 경우

이 양식이나 제출해야 할 증거 서류에 관해 일체의 질문이 있으시면, 웹사이트 www.socialsecurity.gov 를 방문하여 추가 정보를 확인할 수 있으며, 저희 사무소와 사회보장 카드 센터 위치도 확인할 수 있습니다. 또한 1-800-772-1213번으로 사회보장국에 전화하실 수 있습니다. 가장 가까운 사무소나 카드 센터는 지역 전화번호부에서 찾아보실 수 있습니다.

증거 서류

다음 목록은 귀하께서 제출해야 할 서류 유형의 예들로, 필요한 모든 서류를 열거하고 있지는 않습니다. 이 서류를 제출할 수 없는 경우, 1-800-772-1213번으로 전화 주십시오.

중요사항: 타인을 대리하여 이 신청서를 작성하는 경우, 귀하의 신분과 귀하가 대신 신청서를 제출하는 신청자의 신분을 증명하는 서류는 물론 귀하의 신청서 서명 권한을 입증하는 증거서류를 제출해야 합니다. 원본 또는 원본 관리인이 인증한 서류들만을 인정할 수 있습니다. 공증 사본 또는 기록 관리인이 인증하지 않은 복사본은 인정할 수 없습니다.

연령 입증서류

일반적으로 출생 증명서를 제출해야 합니다. 일부의 경우, 귀하의 연령을 명기하고 있는 다른 서류도 인정할 수 있습니다. 출생 증명서 외에 저희가 인정할 수 있는 서류들은 다음과 같습니다.

- 출생에 관한 미국 병원 기록(출생시 작성된 기록)
- 연령 또는 생년월일을 명시하는 5세 이전에 작성한 종교적 기록
- 여권
- 최종 입양 판결문(입양 판결문에는 원본 출생 증명서에서 취한 출생 정보가 명기되어 있어야 합니다)

신분 입증

법적 성명을 확인할 수 있는 유효한 현재의 신분 입증 서류를 제출해야 합니다. 귀하의 법적 성명이 사회보장 카드에 기재될 것입니다. 일반적으로, 미국에서 발급한 서류를 선호합니다. 신분을 증명하기 위해 귀하께서 제출한 서류에는 법적 성명이 명기되어 있어야 하고 또한 신상 정보(생년월일, 연령 또는 부모 성명) 및/또는 신체 정보(사진 또는 신장, 눈과 머리 색깔 등의 신체적 특징)를 제공해야 합니다. 직접 방문하지 않고 사진이 부착된 신분 서류를 전송한 경우, 그 서류에는 반드시 신상 정보(예, 생년월일, 연령 또는 부모 성명)가 있어야 합니다. 일반적으로 만료일이 없는 서류는 성인의 경우 지난 2년 내에, 아동의 경우 지난 4년 내에 발급된 것을 제출해야 합니다.

신분 입증자료로, 제출해야 할 서류:

- 미국 운전 면허증 또는
- 미 주정부 발행 운전 면허증 이외의 신분증 또는
- 미국 여권

상기 서류를 전혀 가지고 있지 않거나 영업일 10일 내에 대체 서류를 받을 수 없는 경우, 미 군인 신분증, 귀화 증명서, 종업원 신분증, 의료 기록 등본(진료소, 의사 또는 병원), 의료보험 카드, 메디케이드 카드, 학생증/기록 등과 같은 법적 성명, 신상 정보를 명기하는 다른 서류도 인정할 수 있습니다. 어린 아동의 경우, 의료기관에 보관된 의료 기록(진료소, 의사 또는 병원)을 인정할 수 있습니다. 또한 최종 입양 판결문, 학생증 또는 기타 학교에 보관된 학교 기록을 인정할 수 있습니다.

미국 시민이 아닌 경우, 귀하의 현 미국 이민 서류를 신상 정보 또는 사진이 있는 귀하 자국의 여권과 함께 제시해야 합니다.

출생 증명서, 병원 출생기념 증명서, 사회보장 카드의 부분 또는 사회보장 기록은 신분 입증자료로 인정할 수 없습니다.

미국 시민권 입증자료

일반적으로 미국 출생 증명서나 미국 여권을 제출해야 합니다. 대신 제공할 수 있는 다른 서류에는 영사관 출생보고서, 시민권 또는 귀화 증명서 등이 있습니다.

체류 상태 입증자료

서식 I-551, I-94, I-766 등 귀하의 체류 상태를 나타내는 국토안보부(Department of Homeland Security, DHS)가 발행한 유효한 현재의 서류를 제출해야 합니다. 국제 학생 또는 교환 방문자인 경우, 서식 I-20, DS-2019, 또는 학교와 고용주(F-1) 또는 후원자(J-1)의 고용 승인서 등과 같은 추가 서류 제출이 필요할 수도 있습니다. 구비서류를 신청했다는 것을 보여주는 영수증은 인정하지 않습니다. 미국에서 노동할 권리가 없는 경우, 노동 이외의 유효한 이유로 사회보장 번호를 필요로 하는 경우에만 사회보장 카드를 발급할 수 있습니다. 카드에 귀하가 취업할 수 없음을 표시할 것이며, 귀하가 취업한 경우 DHS에 이를 통지할 것입니다. 자세한 정보는 3페이지 5번 항목을 참조하십시오.

신청서 작성방법

첨부된 서식 또는 8 ½" x 11" (또는 A4 8.25" x 11.7") 크기의 용지를 사용하여, 첨부 또는 다운받은 서식에 검정색 또는 파란색 볼펜을 사용하여 또박또박 신청서를 작성하고 서명하십시오.

일반사항: 서식 내 항목들은 쉽게 이해할 수 있으며 추가 설명은 아래에 나와 있습니다. 숫자들은 서식의 항목별 숫자와 일치합니다. 타인을 대리해 이 양식을 작성하는 경우, 원래 신청자에 맞게 항목들을 작성하십시오.

4. 출생 월, 일, 년도(4자리, 예: 1998)를 명기합니다.

5. “노동권한이 없는 합법적 외국인” 또는 “기타”를 체크하는 경우, 사회보장 번호를 필요로 하는 이유를 설명하고 정부에게 혜택을 받는데 필요한 모든 요건을 충족시킨다는 서류를 미 연방, 주 정부 또는 지방 정부기관으로부터 받아 제출해야 합니다. 주: 대부분의 기관들은 사회보장 번호 소지를 요구를 하지 않습니다. 귀하의 신청 사유가 사회보장 번호 발급 요건을 충족시키는지 알아보려면 저희에게 연락하시기 바랍니다.

6., 7. 인종과 민족성에 관한 정보 제공은 의무사항이 아니며, 정보와 통계 용도에 한해 요청 드립니다. 답변 여부에 대한 귀하의 선택은 귀하의 신청서에 대한 결정에 아무런 영향을 미치지 않습니다. 해당 정보를 제공하실 경우, 저희는 이를 매우 신중하게 다룰 것입니다.

9.B., 10.B. 18세 미만 아동의 사회보장카드를 처음으로 신청하는 경우, 부모가 사회보장 번호를 지정받지 않은 경우를 제외하고 부모의 사회보장 번호를 제시해야 합니다. 부모의 사회보장 번호를 모르고 이를 획득할 수 없는 경우, “미상”란에 체크하십시오.

13.4번 항목에 명기된 생년월일이 사회보장 기록에 현재 명기된 생년월일과 다른 경우, 13번 항목에 현재 기록에 명기된 생년월일을 기입하고 4번 항목에 명기된 생년월일을 뒷받침하는 증거서류를 제출하십시오.

16. 지금으로부터 7~14일 사이에 카드를 수령할 수 있는 주소를 기재하십시오.

17. 신청서에 서명할 수 있는 대상? 귀하가 18세 이상이고 신체적, 정신적으로 이 신청서를 읽고 작성할 수 있는 경우, 17번 항목에 서명해야 합니다. 귀하가 18세 미만인 경우, 자신이 서명하거나 부모 또는 법적 후견인이 대신 서명할 수 있습니다. 하가 18세 이상이고 자신을 위해 서명할 수 없는 경우, 법적 후견인, 부모 또는 가까운 친척이 일반적으로 대신 서명할 수 있습니다. 귀하가 이름을 서명할 수 없는 경우, “X” 표시로 서명하고 그 표시 옆의 공란에 두 사람이 입회자로 서명하게 해야 합니다. 서명란에 추가 정보를 포함시켜 귀하의 서명을 변경하지 마십시오. 이는 귀하의 신청을 무효화 시킬 수 있습니다. 신청서 서명 자격에 대해 질문이 있는 경우, 저희에게 전화하시기 바랍니다.

신청서 제출방법

대부분의 경우, 서명한 해당 신청서와 증빙 서류 일체를 사회보장 사무소에 직접 가져가거나 우편으로 제출하면 됩니다. 우편으로 보내신 일체의 서류는 귀하께 반환해 드릴 것입니다. 가까운 사회보장 사무소 또는 사회보장 카드 센터를 조회하려면 <https://secure.ssa.gov/apps6z/FOLO/fo001.jsp>를 방문하시기 바랍니다.

사회보장 번호 및 카드를 안전하게 보관하십시오

사회보장 카드와 번호가 분실 및 도용되지 않도록 각별히 유의하시기 바랍니다. 사회보장 카드를 소지하고 다니지 마십시오. 이를 안전한 장소에 보관하고 반드시 카드를 제시해야 하는 경우에만(예, 취업시, 신규 은행 계좌 개설시, 일부 미국 기관으로부터 혜택을 받을 경우) 지참하십시오. 타인에게 사회보장 번호를 알려주는 경우에는 각별히 주의하십시오. 특히 타인으로부터 먼저 온 전화, 우편, 이메일, 인터넷을 통한 사회보장 번호 요청 시 주의하십시오.

사생활보호법 규정

개인정보에 대한 수집 및 사용

사회보장 개정법 제205(c) 및 702조는 본 정보 수집을 승인합니다. 귀하가 제공하신 정보는 귀하께 사회보장 번호를 배정하고 사회보장 카드를 발급하는 데 사용할 것입니다.

이 양식에 기입하는 정보는 모두 귀하의 자발적 의사에 따라 제공하는 것입니다. 그러나 요청한 정보를 제공하지 않을 시, 귀하께 사회보장 번호와 카드를 발급할 수 없습니다.

귀하께서 제공하신 정보 일체를 사회보장 번호와 카드 발급 외의 다른 용도로 사용하는 경우는 극히 제한됩니다. 우선, 사회보장 프로그램의 집행 및 무결성 보장의 용도로 사용하는 경우가 있으며, 승인된 일반 용도에 따라 이 정보를 다른 사람이나 다른 기관에 공개할 수 있으며, 이러한 일반 용도에는 다음 사항을 포함하나 이에 국한되지는 않습니다.

1. 제3자 또는 기관이 사회보장 혜택 및/또는 보장에 대한 권리를 입증하는 데 사회보장국을 지원할 수 있도록 하기 위해
2. 사회보장 기록의 정보 공개를 요구하는 연방법을 준수하기 위해(예, 미국 정부책임처, 재향군인국이 정보 공개를 요청할 경우)
3. 연방, 주, 지방 정부 차원에서 유사한 건강, 소득 보조 프로그램에 대한 자격 요건을 결정하기 위해, 그리고
4. 사회보장 프로그램의 무결성 보장을 위한 통계적 연구, 감사, 조사 활동을 촉진하기 위해

저희는 또한 귀하께서 컴퓨터 대조 프로그램 상에서 제공하신 정보를 사용할 수 있습니다. 대조 프로그램은 저희 기록과 연방/주/지방 정부 기관이 보관한 기록을 비교 분석합니다. 이 대조 프로그램의 정보는 연방 정부가 자금을 지원하거나 집행하는 정부혜택 프로그램의 자격 요건과 이들 프로그램에 따른 상환금 또는 연체 채무 상황에 대한 자격을 입증 또는 확인하는 데 사용할 수 있습니다.

이 정보의 일반적 사용에 관한 상세 목록은 기록 고지 시스템(System of Records Notice) 60-0058(사회보장 번호(SSN) 소지인 및 SSN 신청 마스터 파일)에서 조회할 수 있습니다. 고지, 이 양식에 관한 추가 정보, 시스템과 프로그램에 관한 정보는 www.socialsecurity.gov에서 온라인으로 조회하거나 지방 사회보장 사무소에 문의할 수 있습니다.

이 정보 수집 방법은 1995년 문서업무 축소법(Paperwork Reduction Act of 1995)의 섹션 2에 의해 개정된 44 U.S.C. § 3507의 요건을 충족합니다. 귀하는 저희가 행정 관리 예산국(Office of Management and Budget)의 유효한 관리 번호를 제시하지 않는 한 이러한 질문에 답하실 필요가 없습니다. 귀하가 지시사항을 읽고 사실을 취합하여 질문에 답하는 데는 8.5~9.5분 정도가 걸릴 것으로 예상됩니다. 예상 소요시간에 대하여 이견이 있으시면, SSA, 6401 Security Blvd., Baltimore, MD 21235-6401로 의견을 보내실 수 있습니다. **이 주소로는 예상 소요 시간과 관련된 의견만을 보내주십시오. 작성된 양식은 이곳으로 보내지 마십시오.**

SOCIAL SECURITY ADMINISTRATION

Application for a Social Security Card

Form Approved
OMB No. 0960-0066

1	NAME TO BE SHOWN ON CARD	First	Full Middle Name	Last
	FULL NAME AT BIRTH IF OTHER THAN ABOVE	First	Full Middle Name	Last
	OTHER NAMES USED			
2	Social Security number previously assigned to the person listed in item 1		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
3	PLACE OF BIRTH (Do Not Abbreviate) City	State or Foreign Country	4	DATE OF BIRTH MM/DD/YYYY
			Office Use Only FCI	
5	CITIZENSHIP (Check One)	<input type="checkbox"/> U.S. Citizen <input type="checkbox"/> Legal Alien Allowed To Work <input type="checkbox"/> Legal Alien Not Allowed To Work (See Instructions On Page 3) <input type="checkbox"/> Other (See Instructions On Page 3)		
6	ETHNICITY Are You Hispanic or Latino? (Your Response is Voluntary) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	7	RACE Select One or More (Your Response is Voluntary) <input type="checkbox"/> Native Hawaiian <input type="checkbox"/> American Indian <input type="checkbox"/> Other Pacific Islander <input type="checkbox"/> Alaska Native <input type="checkbox"/> Black/African American <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Asian	
8	SEX	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female		
9	A. PARENT/ MOTHER'S NAME AT HER BIRTH	First	Full Middle Name	Last
	B. PARENT/ MOTHER'S SOCIAL SECURITY NUMBER (See instructions for 9 B on Page 3)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Unknown
10	A. PARENT/ FATHER'S NAME	First	Full Middle Name	Last
	B. PARENT/ FATHER'S SOCIAL SECURITY NUMBER (See instructions for 10B on Page 3)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Unknown
11	Has the person listed in item 1 or anyone acting on his/her behalf ever filed for or received a Social Security number card before? <input type="checkbox"/> Yes (If "yes" answer questions 12-13) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Don't Know (If "don't know," skip to question 14.)			
12	Name shown on the most recent Social Security card issued for the person listed in item 1	First	Full Middle Name	Last
13	Enter any different date of birth if used on an earlier application for a card		MM/DD/YYYY	
14	TODAY'S DATE MM/DD/YYYY	15	DAYTIME PHONE NUMBER Area Code Number	
16	MAILING ADDRESS (Do Not Abbreviate)	Street Address, Apt. No., PO Box, Rural Route No.		
		City	State/Foreign Country	ZIP Code
17	YOUR SIGNATURE	18	YOUR RELATIONSHIP TO THE PERSON IN ITEM 1 IS:	
			<input type="checkbox"/> Self <input type="checkbox"/> Natural Or Adoptive Parent <input type="checkbox"/> Legal Guardian <input type="checkbox"/> Other Specify _____	

DO NOT WRITE BELOW THIS LINE (FOR SSA USE ONLY)									
NPN			DOC		NTI		CAN		ITV
PBC	EVI	EVA	EVC	PRA	NWR	DNR	UNIT		
EVIDENCE SUBMITTED					SIGNATURE AND TITLE OF EMPLOYEE(S) REVIEWING EVIDENCE AND/OR CONDUCTING INTERVIEW				
					DATE				
					DCL				DATE