

СЛУЖБА СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

Заявление на получение карточки социального обеспечения

Услуга по выдаче номера карточки социального страхования является бесплатной.

ИСПОЛЬЗУЙТЕ ДАННЫЙ БЛАНК ЗАЯВЛЕНИЯ, ЕСЛИ ВЫ ОФОРМЛЯЕТЕ:

- получение впервые карточки социального обеспечения
- получение дубликата карточки социального обеспечения
- изменение или корректировку ваших данных на карточке социального обеспечения

ВАЖНО: Вы ДОЛЖНЫ предоставить должным образом оформленное заявление и требуемые доказательства, без которых мы не можем рассмотреть ваше заявление. Мы можем принять только подлинные документы или документы, заверенные учреждением, выдавшим документ. Копии, заверенные у нотариуса, и ксерокопии, не заверенные учреждением, выдавшим документ, не принимаются. Все документы, предоставленные с заявлением, будут возвращены. Если у вас есть вопросы, вы можете позвонить нам по тел.: 1-800-772-1213 или посетить наш сайт www.socialsecurity.gov.

Карточка социального обеспечения, получаемая впервые

Чтобы впервые подать заявление на карточку, вы должны предоставить по крайней мере два документа, удостоверяющие возраст, личность и гражданство США или законный иммиграционный статус с правом на работу. Если у вас нет гражданства США и разрешения на работу от DHS, вы должны доказать, что номер социального обеспечения необходим вам не для трудоустройства. См. стр. 2, где указаны приемлемые документы.

ПРИМЕЧАНИЕ: Если вам 12 лет или старше, и вы никогда еще не имели номера социального обеспечения, вы должны подавать заявление лично.

Дубликат карточки социального обеспечения

Для подачи заявления на получение дубликата карточки необходимо предоставить один документ, удостоверяющий личность. Если вы родились за пределами США, вам также нужно предъявить документы, удостоверяющие гражданство США или законный иммиграционный статус с правом на работу. См. стр. 2, где указаны приемлемые документы.

Исправление данных в файле социального обеспечения

Чтобы изменить данные в файле социального обеспечения (например, имя, фамилию, гражданство или исправленную дату рождения), необходимо предоставить удостоверение личности, а также документы, подтверждающие изменение и его причину. Например, вы можете предоставить свидетельство о рождении, подтверждающее вашу истинную дату рождения. Документ, подтверждающий изменение фамилии, должен быть недавним и содержать старую и новую фамилии. Если факт изменения фамилии имел место более двух лет назад, или, если документ, подтверждающий изменение фамилии, не содержит достаточно информации, удостоверяющей вашу личность, вы также должны предоставить документы, указывающие вашу старую фамилию и/или в некоторых случаях вашу новую фамилию. Если вы родились за пределами США, вам также нужно предъявить документы, удостоверяющие гражданство США или законный иммиграционный статус с правом на работу. См. стр. 2, где указаны приемлемые документы.

ОГРАНИЧЕНИЕ КОЛИЧЕСТВА ДУБЛИКАТОВ КАРТОЧКИ СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

Федеральный закон 108-458 лимитирует количество дубликатов карточки социального обеспечения, которое вы можете получить: не более 3-х в год и не более 10-ти в течение жизни. Дубликаты, выданные по причине изменения имени или фамилии, или изменения в плане разрешения на работу, не учитываются. Мы также можем сделать исключение и превысить лимит, если вы предоставите документы из официальных источников, подтверждающие необходимость выдачи карточки социального обеспечения.

ЕСЛИ У ВАС ЕСТЬ КАКИЕ-ЛИБО ВОПРОСЫ

Если у вас есть какие-либо вопросы относительно данного бланка или документов, необходимых для предъявления, вы можете посетить наш сайт на www.socialsecurity.gov и найти дополнительную информацию об адресах наших офисов и Центров выдачи карточек социального обеспечения. Вы можете также позвонить в Службу социального обеспечения по тел.: 1-800-772-1213. Вы также можете найти адрес ближайшего офиса или Центра выдачи карточек социального обеспечения в местной телефонной книге.

НЕОБХОДИМЫЕ ДОКУМЕНТЫ

Следующий список, в котором приводятся примеры документов, которые можно предоставить с заявлением, не является исчерпывающим. Позвоните нам по тел.: 1-800-772-1213, если вы не можете предоставить эти документы.

ВАЖНО: Если вы подаете заявление от имени другого лица, необходимо предоставить подтверждение, что вы имеете право подписывать заявление, а также документы, удостоверяющие вашу личность и личность лица, за которого вы заполняете заявление. Мы можем принять только подлинные документы или документы, заверенные учреждением, выдавшим документ. Копии, заверенные у нотариуса, и ксерокопии, не заверенные учреждением, выдавшим документ, не принимаются.

Возраст

Как правило, вы должны предоставить свидетельство о рождении. В некоторых случаях мы можем принять какой-либо иной документ, удостоверяющий ваш возраст. Другие приемлемые документы:

- запись о рождении из родильного дома США (сделанная непосредственно после родов)
- религиозный документ, указывающий ваш возраст или дату рождения и составленный до того, как вам исполнилось 5 лет
- паспорт
- свидетельство об усыновлении или удочерении (свидетельство должно указывать, что дата рождения взята из оригинала свидетельства о рождении)

Удостоверение личности

Вы должны предоставить настоящее действующее удостоверение личности на ваше имя. Ваше имя будет указано на карточке социального обеспечения. Как правило, мы хотим видеть документы, выданные в США. Документы, предоставленные в качестве удостоверения личности, должны указывать имя, фамилию и персональную информацию (дату рождения, возраст или имена родителей) **и/или** физическую информацию (фотографию или физическое описание - рост, цвет волос и глаз и т.д.). Если вы отправляете удостоверение личности с фотографией по почте и не приходите лично, этот документ должен указывать вашу персональную информацию (например, дату рождения, возраст или имена родителей). Как правило, документы, не имеющие срока годности, должны быть выданы не позднее двух лет назад для взрослых и не позднее четырех лет назад для детей.

В качестве удостоверения личности вы должны предоставить:

- водительские права, выданные в США; или
- выданное штатом удостоверение личности; или
- паспорт США

Если у вас нет ни одного из этих документов, и вы не можете получить дубликат в течение 10 дней, мы можем принять другие документы, указывающие ваше имя и фамилию и персональную информацию, например, военный билет США, сертификат гражданства, пропуск на работу, заверенная медицинская справка (из поликлиники, больницы или от врача), страховой полис, карточка льготной медицинской помощи или пропуск/справка учебного заведения. Для маленьких детей мы можем принять медицинские справки (из поликлиники, больницы или от лечащего врача, где хранится эта информация). Мы также можем принять свидетельство об усыновлении или удочерении или пропуск и справки учебного заведения.

Если вы не являетесь гражданином США, мы должны видеть ваши действительные документ(ы), удостоверяющие ваш иммиграционный статус в США и ваш заграничный паспорт с персональной информацией или фотографией.

МЫ НЕ МОЖЕМ ПРИНЯТЬ СВИДЕТЕЛЬСТВО О РОЖДЕНИИ, СУВЕНИРНОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О РОЖДЕНИИ ИЗ РОДДОМА, КОРЕШОК КАРТОЧКИ СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ИЛИ СПРАВКУ ИЗ СЛУЖБЫ СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ в качестве удостоверения личности.

Гражданство США

Как правило, вы должны предоставить свидетельство о рождении, выданное в США или паспорт США. Другие документы, которые вы можете предоставить - запись о рождении, сделанная в консульстве, сертификат гражданства или сертификат о принятии гражданства.

Иммиграционный статус

Необходимо предоставить действительный документ, выданный Министерством Внутренней Безопасности (DHS), указывающий ваш иммиграционный статус, например, формы I-551, I-94 или I-766. Если вы являетесь иностранным студентом или находитесь в стране по приглашению, вам необходимо предоставить дополнительные документы, например формы I-20, DS-2019 или письмо из школы, от работодателя (F-1) или спонсора (J-1), подтверждающие возможность трудоустройства. Мы НЕ МОЖЕМ принять расписки, свидетельствующие о том, что вы обратились за получением документа. Если вы не имеете права работать в США, мы можем выдать вам карточку социального обеспечения, только если номер необходим по какой-либо иной допустимой причине помимо трудоустройства. На вашей карточке будет сделана пометка об отсутствии права трудоустройства, и, если вы трудоустроитесь, мы поставим в известность DHS. См. стр.3, пункт 5 для получения более подробной информации.

КАК ЗАПОЛНЯТЬ ЗАЯВЛЕНИЕ

Заполните бланк заявления и поставьте подпись **РАЗБОРЧИВО ТОЛЬКО** черными или синими чернилами на прилагаемом или распечатанном бланке размером 8,5 x 11 дюймов (или на бумаге размером A4 8,25 x 11,7 дюймов).

ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ: Пункты заявления не требуют разъяснения или разъяснены ниже. Нумерация соответствует нумерации на бланке заявления. При заполнении заявления от имени другого лица, пожалуйста, предоставьте информацию, относящуюся к этому лицу.

4. Укажите месяц, число и год (полным числом, например, «1998») рождения.

5. Если вы отметили «законный иммиграционный статус без права на работу» или «другое», то должны предъявить документ от государственного агентства на федеральном уровне, местном или уровне штата, объясняющий необходимость наличия номера социального обеспечения и указывающий на то, что по всем требованиям вам положены услуги или пособие по государственной программе. **ПРИМЕЧАНИЕ:** Большинство агентств не требует от наличия номера социального обеспечения. Обратитесь к нам, чтобы уточнить, является ли ваша причина весомой для оформления номера социального обеспечения.

6., 7. Указание расового и этнического происхождения является добровольным, и запрашиваемая информация используется только в информационных и статистических целях. Предоставление или непредоставление этой информации не влияет на наше решение относительно вашего заявления. Если вы предоставите эту информацию, мы будем осмотрительны с ней.

9.B., 10.B. Если Вы впервые подаете заявление на карточку социального обеспечения для ребенка в возрасте до 18 лет, Вы **ДОЛЖНЫ** показать номера социального обеспечения родителей, за исключением случаев, когда родитель никогда не имел номера социального обеспечения. Если номер неизвестен, и Вы не можете узнать его, поставьте галочку в клетке «неизвестно».

13. Если дата рождения, указанная вами в пункте 4, отличается от даты рождения, использованной для получения карточки ранее, запишите использованную ранее дату в пункте 13 и предоставьте документы, подтверждающие дату рождения, указанную вами в пункте 4.

16. Укажите адрес, куда через 7-14 дней мы можем послать карточку.

17. **КТО ИМЕЕТ ПРАВО СТАВИТЬ ПОДПИСЬ ПОД ЗАЯВЛЕНИЕМ?** Если вам уже исполнилось 18 лет, и вы физически и умственно в состоянии прочитать и заполнить бланк заявления, вы должны поставить подпись в пункте 17. Если вы моложе 18 лет, вы можете поставить подпись сами, или за вас это может сделать ваш родитель или законный опекун. Если вам уже исполнилось 18 лет, и вы не можете поставить подпись сами, за вас это может сделать законный опекун, родитель или близкий родственник. Если вы не можете поставить подпись, поставьте крестик и заручитесь подписями двух свидетелей, которым следует поставить подписи возле крестика. Не видоизменяйте свою подпись, не дописывайте какую-либо информацию на линии для подписи, так как это может сделать ваше заявление недействительным. Позвоните нам, если вы хотите уточнить, кто имеет право на подпись заявления.

КАК ПОДАТЬ ЗАЯВЛЕНИЕ

Как правило, вы можете принести или отправить по почте подписанное заявление вместе с документами в любое отделение Социального обеспечения. Все документы, отправленные нам по почте, будут вам возвращены. Посетите сайт <https://secure.ssa.gov/apps6z/FOLO/fo001.jsp>, чтобы найти отделение социального обеспечения или Центр выдачи карточек социального обеспечения, обслуживающий ваш район.

БЕРЕГИТЕ НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ И КАРТОЧКУ

Не теряйте карточку и берегите ее и номер социального обеспечения от преступного использования. НЕ НОСИТЕ карточку социального обеспечения с собой. Храните ее в надежном месте и берите с собой только в тех случаях, когда требуется предъявить ее, например, чтобы устроиться на работу, открыть новый банковский счет или получить льготы по некоторым государственным программам. Проявляйте осторожность при сообщении своего номера социального обеспечения другим, особенно по телефону, почте, электронной связи или интернету, когда запрос был инициирован не вами.

ЗАКОН ОБ ОХРАНЕ ЧАСТНОЙ ЖИЗНИ

Сбор и использование личной информации

Разделы 205(с) и 702 «Закона о социальном обеспечении» с поправками дают нам право на сбор данной информации. Данные, которые вы сообщаете в анкете, используются для выдачи карточки с номером социального обеспечения.

Вы не обязаны предоставлять нам эту информацию. Однако без запрашиваемой информации мы не сможем выдать вам номер или карточку социального обеспечения.

Предоставленная информация редко используется в иных целях помимо выдачи карточки с номером социального обеспечения. Однако мы можем использовать данную информацию в целях администрирования программ социального обеспечения. Мы также можем передавать сведения другому лицу или агентству в рамках санкционированного использования, что включает в себя, но не ограничивает следующее:

1. Дать возможность третьей стороне или агентству оказать помощь социальному обеспечению в установлении прав на пособия социального обеспечения и/или их объем.
2. На основании федерального закона, обязывающего передавать сведения социального обеспечения (например, в Главное бюджетно-контрольное управление и Министерство по делам ветеранов).
3. Установить факт правомочий на участие в подобных программах поддержки здоровья и дохода на федеральном уровне, местном или уровне штата.
4. Оказать содействие в статистическом исследовании, аудиторской проверке или расследовании, ставящим своей целью обеспечение соблюдения принципов законодательства о социальном обеспечении.

Мы также можем использовать предоставленную информацию для сверки с компьютерными данными. Программы сверки данных сравнивают наши записи с другими данными, имеющимися в распоряжении правительственных агентств на федеральном уровне, уровне штата или местном уровне. Информация из программ сверки может быть использована с целью установления или проверки факта правомерности участия в программах, финансируемых или регулируемых на федеральном уровне, а также в выплате долга или просроченных платежей в рамках этих программ.

Исчерпывающий список целей использования данной информации доступен в декларации системы записей 60-0058 (Базовые файлы лиц, получивших номер социального страхования (НСС) и ожидающих ответа на заявление). Декларация, дополнительная информация об этом бланке заявления, наших системах и программах доступна в сети по адресу www.socialsecurity.gov или в местном отделении социального обеспечения.

Данные методы сбора информации находятся в соответствии с требованиями §3507 Свода законов США 44 с поправками, внесенными Разделом 2 Закона «О сокращении объема документации» (Paperwork Reduction Act) от 1995 г. Вы не должны отвечать на эти вопросы, если только мы не указываем действительный контрольный номер Административно-бюджетного управления. По нашим оценкам, на прочтение инструкций, подготовку всех необходимых данных и ответы на вопросы уходит около 8,5-9,5 минут. Ваши комментарии относительно предполагаемого нами времени заполнения формы можно отправить по адресу: SSA, 6401 Security Blvd., Baltimore, MD 21235-6401. **Передавайте по этому адресу только свои замечания по поводу наших оценок времени, а не заполненное заявление.**

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		<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>									
3	PLACE OF BIRTH (Do Not Abbreviate) City	State or Foreign Country		4								
		Office Use Only	DATE OF BIRTH	MM/DD/YYYY								
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)	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>										<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)	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>										<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			