

Updated Form CMS-40B and Form CMS-L564 Information for SHIPs

CMS updated the Form CMS-40B (Application for Enrollment in Medicare Part B (Medical Insurance)) and Form CMS-L564 (Request for Employment Information). These [enrollment forms are now available online](#) in English and Spanish for direct access by Medicare beneficiaries. Beneficiaries will no longer have to visit or call their local Social Security office to obtain a copy of the form. Rather, they will be able to obtain the forms from Medicare's website (Medicare.gov/forms-help-and-resources/forms/medicare-forms.html) where they can complete the required information in the fillable form and print and submit the completed forms to their local Social Security office.

How have the forms been updated?

- CMS updated both Form CMS-40B and Form CMS-L564 to be more user-friendly.
- The new forms are [available online in fillable PDF format](#) for beneficiaries to access directly.
- The forms are available in both English and Spanish.
- Both forms include step-by-step instructions to help beneficiaries complete them.

How do beneficiaries complete Form CMS-40B?

Beneficiaries can fill out the Form CMS-40B online, and print and mail it to their local Social Security office, thus eliminating the need to visit or call SSA. The beneficiary can also take the completed form to their local Social Security office for processing.

If a beneficiary needs assistance in completing the form, you may assist them or instruct them to contact Social Security by calling 1-800-722-1213 (TTY: 1-800-325-0778) or visiting a local Social Security office.

How do beneficiaries complete Form CMS-L564?

Beneficiaries can fill out the top portion of Form CMS-L564 online, and print and mail it to their employer for completion of the second portion on evidence of group health plan coverage based on active employment. The beneficiary can then submit the completed form to their local Social Security office for processing.

If a beneficiary needs assistance in completing the top portion of the form, you may assist them or instruct them to contact Social Security by calling 1-800-722-1213 (TTY: 1-800-325-0778) or visiting a local Social Security office.

Who can use Form CMS-40B and Form CMS-L564?

- Any beneficiary with Medicare Part A, but not Part B can use Form CMS-40B to apply for Medicare Part B.
- A beneficiary who has Part A, but not Part B and wants to enroll in Part B during a special enrollment period (SEP) should also complete Form CMS-L564.
- Individuals who do not have premium Part A and want to enroll during an SEP should complete Form CMS-L564 and go to their local Social Security Office to complete the other enrollment form. These individuals do not enroll in premium Part A using Form CMS-40B.

How can you provide assistance to those who want to enroll using Form CMS-40B or Form CMS-L564?

- Encourage individuals to get the necessary [enrollment forms](http://www.Medicare.gov/forms-help-and-resources/forms/medicare-forms.html) online ([Medicare.gov/forms-help-and-resources/forms/medicare-forms.html](http://www.Medicare.gov/forms-help-and-resources/forms/medicare-forms.html)).
 - The forms can be found by clicking on the tab “Forms, Help & Resources” and selecting “Get Medicare Forms.” This tab is located on the top of the screen at the far right.
- Inform the beneficiary that they can complete the Form CMS-40B and mail it to their local SSA office.
- Instruct the beneficiary, if they are applying for a special enrollment period, to complete Section A of Form CMS-L564 and then mail the form to their employer to complete Section B.
- Provide counseling or educational information regarding these forms and enrolling in Medicare.

Resource:

You can find the new forms attached to this document for your reference. The [enrollment forms](http://www.Medicare.gov/forms-help-and-resources/forms/medicare-forms.html) can also be found online ([Medicare.gov/forms-help-and-resources/forms/medicare-forms.html](http://www.Medicare.gov/forms-help-and-resources/forms/medicare-forms.html)).

APPLICATION FOR ENROLLMENT IN MEDICARE PART B (MEDICAL INSURANCE)

WHO CAN USE THIS APPLICATION?

People with Medicare who have Part A but not Part B

NOTE: If you do **not** have Part A, do **not** complete this form. Contact Social Security if you want to apply for Medicare for the first time.

WHEN DO YOU USE THIS APPLICATION?

Use this form:

- If you're in your **Initial Enrollment Period (IEP)** and live in **Puerto Rico**. You must sign up for Part B using this form.
- If you're in your **IEP** and **refused Part B** or did not sign up when you applied for Medicare, but now want Part B.
- If you want to sign up for Part B during the General Enrollment Period (GEP) from January 1 – March 31 each year.
- If you refused Part B during your IEP because you had group health plan (GHP) coverage through your or your spouse's current employment. You may sign up during your 8-month Special Enrollment Period (SEP).
- If you have Medicare due to disability and refused Part B during your IEP because you had group health plan coverage through your, your spouse or family member's current employment.
- You may sign up during your 8-month SEP.

NOTE: Your IEP lasts for 7 months. It begins 3 months before your 65th birthday (or 25th month of disability) and ends 3 months after you reach 65 (or 3 months after the 25th month of disability).

WHAT INFORMATION DO YOU NEED TO COMPLETE THIS APPLICATION?

You will need:

- Your Social Security Claim Number
- Your current address and phone number
- Form CMS-L564 "Request for Employment Information" completed by your employer if **you're signing up in a SEP**.

WHAT HAPPENS NEXT?

Send your completed and signed application to your local Social Security office. If you sign up in a SEP, include the CMS-L564 with your Part B application. If you have questions, call Social Security at **1-800-772-1213**. **TTY users should call 1-800-325-0778**.

HOW DO YOU GET HELP WITH THIS APPLICATION?

- **Phone:** Call Social Security at **1-800-772-1213**. **TTY users should call 1-800-325-0778**.
- **En español:** Llame a SSA gratis al **1-800-772-1213** y oprima el 2 si desea el servicio en español y espere a que le atienda un agente.
- **In person:** Your local Social Security office. For an office near you check www.ssa.gov.

REMINDERS

- If you sign up for Part B, you must pay premiums for every month you have the coverage.
- If you sign up after your IEP, you may have to pay a late enrollment penalty (LEP) of 10% for each full 12-month period you don't have Part B but were eligible to sign up.

APPLICATION FOR ENROLLMENT IN MEDICARE PART B (MEDICAL INSURANCE)

1. Your Social Security Claim Number

Beneficiary Identification Code (BIC)

- -

2. Do you wish to sign up for Medicare Part B (Medical Insurance)? ☐ YES

3. Your Name (Last Name, First Name, Middle Name)

4. Mailing Address (Number and Street, P.O. Box, or Route)

5. City

State

Zip Code

6. Phone Number (including area code)

() -

7. Written Signature (DO NOT PRINT)

SIGN HERE

8. Date Signed

/ /

**IF THIS APPLICATION HAS BEEN SIGNED BY MARK (X), A WITNESS WHO KNOWS THE APPLICANT
MUST SUPPLY THE INFORMATION REQUESTED BELOW.**

9. Signature of Witness

10. Date Signed

/ /

11. Address of Witness

12. Remarks

According to the Paperwork Reduction Act of 1995, no persons are required to respond to a collection of information unless it displays a valid OMB control number. The valid OMB control number for this information collection is 0938-1230. The time required to complete this information is estimated to average 45 minutes per response, including the time to review instructions, search existing data resources, gather the data needed, and complete and review the information collection. If you have any comments concerning the accuracy of the time estimate(s) or suggestions for improving this form, please write to: CMS, Attn: PRA Reports Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850.

SPECIAL MESSAGE FOR INDIVIDUAL APPLYING FOR PART B

This form is your application for Medicare Part B (Medical Insurance). You can use this form to sign up for Part B:

- During your Initial Enrollment Period (IEP) when you're first eligible for Medicare
- During the General Enrollment Period (GEP) from January 1 through March 31 of each year
- If you're eligible for a Special Enrollment Period (SEP), like if you're covered under a group health plan (GHP) based on current employment.

Initial Enrollment Period

Your IEP is the first chance you have to sign up for Part B. It lasts for 7 months. It begins 3 months before the month you reach 65, and it ends 3 months after you reach 65. If you have Medicare due to disability, your IEP begins 3 months before the 25th month of getting Social Security Disability benefits, and it ends 3 months after the 25th month of getting Social Security Disability benefits. To have Part B coverage start the month you're 65 (or the 25th month of disability insurance benefits); you must sign up in the first 3 months of your IEP. If you sign up in any of the remaining 4 months, your Part B coverage will start later.

General Enrollment Period

If you don't sign up for Part B during your IEP, you can sign up during the GEP. The GEP runs from January 1 through March 31 of each year. If you sign up during a GEP, your Part B coverage begins July 1 of that year. You may have to pay a late enrollment penalty if you sign up during the GEP. The cost of your Part B premium will go up 10% for each 12-month period that you could have had Part B but didn't sign up. You may have to pay this late enrollment penalty as long as you have Part B coverage.

Special Enrollment Period

If you don't sign up for Part B during your IEP, you can sign up without a late enrollment penalty during a Special Enrollment Period (SEP). If you think that you may be eligible for a SEP, please contact Social Security at 1-800-772-1213. TTY users should call 1-800-325-0778. You can use a SEP when your IEP has ended. The most common SEPs apply to the working aged, disabled, and international volunteers.

Working Aged/Disabled

You have a SEP if you're covered under a group health plan (GHP) based on **current** employment. To use this SEP, you must:

- Be 65 or older and currently employed
- Be the spouse of an employed person, and covered under your spouse's employer GHP based on his/her current employment
- Be under 65 and disabled, and covered under a large group health plan (LGHP) based on your or your spouse's current employment, or the current employment of any family member

You can sign up for Part B anytime while you have a GHP coverage based on current employment or during the 8 months after either the coverage ends or the employment ends, whichever happens first. If you sign up while you have GHP coverage based on current employment, or, during the first full month that you no longer have this coverage, your Part B coverage will begin the first day of the month you sign up. You can also choose to have your coverage begin with any of the following 3 months. If you sign up during any of the remaining 7 months of your SEP, your Part B coverage will begin the month after you sign up.

NOTE: COBRA coverage or a retiree health plan is not considered group health plan coverage based on current employment.

International Volunteers

You have a SEP if you were volunteering outside of the United States for at least 12 months for a tax-exempt organization and had health insurance (through the organization) that provided coverage for the duration of the volunteer service.

Privacy Act Notice: The Social Security Administration (SSA) is authorized to collect the information under sections 1836, 1840 and 1872 of the Social Security Act, as amended (42 U.S.C. 1395o, 1395s, and 1395ii). This information is needed for SSA and the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) to determine if you are entitled to Supplementary Medical Insurance (Part B). Completing this form is voluntary, but you will not be enrolled in Part B if you do not provide all of the required information. The information you give can be shared for "routine uses" published in the *Federal Register*. Because there are too many to list here, SSA can give you more information about this if you ask. The information you give on this form may be verified by way of computer match (Pub. Law 100-503).

STEP BY STEP INSTRUCTIONS FOR FILLING OUT THIS APPLICATION

1. Your Social Security Claim Number:

Write your social security claim number in each of the boxes. Include any letters following the claim number. These are known as the Beneficiary Identification Code (BIC).

2. Do you wish to sign up for Medicare Part B (Medical Insurance)?

Mark "YES" in this field if you want to sign up for Medicare Part B which provides you with medical insurance under Medicare. You can only sign up using this form if you already have Medicare Part A (Hospital Insurance). If your answer to this question is "no" then you don't need to fill out this application. This application is to sign up to get medical insurance under Medicare.

If you don't have Part A and want to sign up, please contact Social Security at 1-800-772-1213. TTY users should call 1-800-325-0778.

3. Name:

Write your name as you did when you applied for Social Security or Medicare. List last name, first name and middle name in that order. If you don't have a middle name, leave it blank.

4. Mailing Address:

Write your full mailing address including the number and street name, P.O. Box, or route in this field.

5. City, State, and ZIP code:

Write the city name, state and ZIP code for the mailing address.

6. Phone Number:

Write your 10-digit phone number, including area code.

7. Written Signature:

Sign your name in this section in the same way you would sign it for any other official document. Do not print.

If you're unable to sign, you may mark an "X" in this field. In this case, you will need a witness and the witness must complete questions 11, 12 and 13.

8. Date Signed:

Write the date that you signed the application.

9. Signature of Witness:

In the case that question 9 is signed by an "X" instead of a written signature, a witness signature is needed in question 11 showing that the person who signs the application is the person represented on the application.

10. Date Signed:

If a witness signs this application, the witness must provide the date of the signature.

11. Address of Witness:

If a witness signs this application, provide the witness's address.

12. Remarks:

Provide any remarks or comments on the form to clarify information about your enrollment application.

IMPORTANT INFORMATION:

Review the scenario below to determine if you need to include additional information or forms with your application.

If you're signing up for Part B using a Special Enrollment Period (SEP) because you were covered under a group health plan based on current employment, in addition to this application, you will also need to have your employer fill out and return the "Request for Employment Information" form ([CMS-L564/CMS-R-297](#)) with your application. The purpose of this form is to provide documentation to Social Security that proves that you have been continuously covered by a group health plan based on current employment, with no more than 8 consecutive months of not having coverage. If your employer went out of business or refuses to complete the form, please contact Social Security about other information you may be able to provide to process your SEP enrollment request.

Send the application (and the "Request for Employment Information," if applicable) to your local Social Security Office. Find your local office at www.ssa.gov.

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN PARA MEDICARE PARTE B (SEGURO MÉDICO)

¿QUIÉN PUEDE USAR ESTA SOLICITUD?

Las personas que tienen la Parte A de Medicare, pero no la Parte B

NOTA: Si **no** tiene la Parte A, no complete este formulario. Comuníquese con el Seguro Social si usted desea aplicar para Medicare por primera vez.

¿CUÁNDO SE UTILIZA ESTA SOLICITUD?

Utilice este formulario:

- Si usted está en su **período de inscripción inicial (IEP)** y vive en **Puerto Rico**. Debe inscribirse en la Parte B usando este formulario.
- Si usted está en su **IEP** y **rechazó la Parte B** o no se inscribió al solicitar Medicare, pero ahora quiere la Parte B.
- Si desea inscribirse en la Parte B durante el Período de Inscripción General (GEP) del 1 enero al 31 marzo de cada año.
- Si ha negado la Parte B durante su IEP porque tenía una cobertura con un plan de salud grupal (GHP) a través de su empleador actual o de su cónyuge. Usted puede inscribirse durante su Período de Inscripción Especial de 8 meses (SEP).
- Si usted tiene Medicare debido a una discapacidad y rechazó la Parte B durante su IEP porque tenía cobertura del plan de salud grupal a través del empleo actual suyo, de su cónyuge o un familiar. Puede inscribirse durante su período SEP de 8 meses.

NOTA: Su IEP tiene una duración de 7 meses. Comienza 3 meses antes de que cumpla 65 años (o 25 meses de discapacidad) y termina 3 meses después de cumplir los 65 (o 3 meses después del mes número 25 de discapacidad).

¿QUÉ INFORMACIÓN NECESITA PARA COMPLETAR ESTA SOLICITUD?

Usted necesitará:

- Su Número de Reclamación del Seguro Social
- Su dirección actual y número de teléfono
- Formulario CMS-L564 "Solicitud de Información sobre el Empleo" completado por su empleador **si está solicitándolo dentro del SEP**.

¿QUÉ PASA DESPUÉS?

Envíe su solicitud completada y firmada a la oficina local del Seguro Social. Si usted se inscribe durante su SEP, incluya el CMS-L564 con la solicitud de la Parte B. Si tiene alguna pregunta, llame al Seguro Social al **1-800-772-1213**. Los **usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778**.

¿CÓMO PUEDE OBTENER AYUDA CON ESTA SOLICITUD?

- **Teléfono:** Llame al Seguro Social al **1-800-772-1213**. Los **usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778**.
- **En español:** Llame a SSA gratis al **1-800-772-1213** y oprima el 2 si desea el servicio en español y espere a que le atienda un agente.
- **En persona:** Su oficina local del Seguro Social. Para localizar una oficina cerca de usted verifique en www.ssa.gov.

RECORDATORIOS

- Si se inscribe en la Parte B, usted debe pagar las primas por cada mes que usted tiene la cobertura.
- Si se inscribe después de su IEP, puede que tenga que pagar una multa por inscripción tardía (LEP) del 10% por cada período de 12 meses que no tiene la Parte B pero era elegible para inscribirse.

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN PARA MEDICARE PARTE B (SEGURO MÉDICO)

1. No. de Reclamación del Seguro Social

Código de Identificación de Beneficiario (BIC)

- -

2. ¿Desea inscribirse en la Parte B de Medicare (Seguro Médico)? ☐ SÍ

3. Su nombre Apellido, Primer Nombre, Segundo Nombre)

4. Dirección Postal (Número y Calle, Caja Postal, o Ruta)

5. Ciudad

Estado

Código Postal

6. Número de teléfono (incluyendo el código de área)

() -

7. Firma escrita a mano (NO IMPRIMIR)

FIRMAR AQUÍ

8. Fecha de la firma

/ /

SI ESTA SOLICITUD SE HA FIRMADO CON LA MARCA (X), UN TESTIGO QUE CONOZCA AL SOLICITANTE DEBERÁ PRESENTAR LA INFORMACIÓN SOLICITADA ABAJO.

9. Firma del Testigo

10. Fecha de la firma

/ /

11. Dirección del Testigo

12. Observaciones

De acuerdo con la Ley de Reducción de Papeleo de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una solicitud de información a menos que muestre un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para esta solicitud de información es 0938-1230. El tiempo necesario para completar esta información se estima en un promedio de 45 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, reunir los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene algún comentario sobre la exactitud de la estimación del tiempo (s) o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, Attn: PRA Reports Clearance Officer, 7500 Security Boulevard Baltimore, Maryland 21244-1850.

MENSAJE ESPECIAL PARA PERSONAS SOLICITANDO LA PARTE B

Este formulario es su solicitud para la Parte B de Medicare (Seguro Médico). Usted puede usar este formulario para inscribirse en la Parte B:

- Durante el período de inscripción inicial (IEP) cuando por primera vez es elegible para Medicare
- Durante el período de inscripción general (GEP) a partir del 1 de enero al 31 de marzo de cada año
- Si usted es elegible para un Período de Inscripción Especial (SEP), al igual que si usted está cubierto por un plan de salud grupal (GHP), basado en el empleo actual.

Período de Inscripción Inicial

El IEP es la primera oportunidad que tiene para inscribirse en la Parte B. Su duración es de 7 meses. Comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años y finaliza 3 meses después de cumplir 65 años. Si usted tiene Medicare debido a una discapacidad, el IEP comienza 3 meses antes del mes 25 de recibir los beneficios de Seguro Social y termina 3 meses después del mes número 25 de obtener beneficios por discapacidad del Seguro Social. Para tener la cobertura de la Parte B y que comience el mes en que cumple 65 años (o el mes número 25 de beneficios de seguro de discapacidad) debe inscribirse en los primeros 3 meses de su IEP. Si usted se inscribe en cualquiera de los 4 meses restantes, la cobertura de la Parte B comenzará más tarde.

Período de Inscripción General

inscribirse durante el GEP. El GEP se extiende del 1 de enero al 31 de marzo de cada año. Si usted se inscribe en un GEP, la cobertura de la Parte B comienza el 1 de julio de ese año. Es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía si se inscribe durante el GEP. El costo de su prima de la Parte B va a subir un 10% por cada período de 12 meses que podría haber tenido la Parte B pero no se inscribió. Es posible que tenga que pagar esta multa por inscripción tardía, siempre y cuando usted tenga cobertura de la Parte B.

Período de Inscripción Especial

Si no se inscribe en la Parte B durante su IEP, puede registrarse sin una multa por inscripción tardía durante un Período de Inscripción Especial (SEP). Si usted piensa que puede ser elegible para un SEP, por favor comunicarse con el Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. Puede utilizar un SEP cuando su IEP ha terminado. Los SEP más comunes aplican a las personas trabajando siendo de edad, los discapacitados y voluntarios internacionales.

Trabajando siendo de Edad/Discapacitado

Tiene un SEP si usted está cubierto por un plan de salud grupal (GHP), basado en el empleo actual. Para utilizar este SEP, usted debe:

- Ser mayor de 65 años de edad y actualmente empleado
- Ser el cónyuge de una persona con empleo, y cubierto por el GHP del empleador de su cónyuge sobre la base del empleo actual de él o ella.
- Ser menor de 65 años y discapacitado, y cubierto por un plan de salud grupal grande (LGHP) en base a su empleo actual o el de su cónyuge, o al empleo actual de cualquier miembro de la familia

Usted puede inscribirse en la Parte B en cualquier momento mientras tenga una cobertura GHP basada en el empleo actual o durante los 8 meses después de que la cobertura termina o el empleo termina, lo que ocurra primero. Si se inscribe mientras que tiene la cobertura GHP por su empleo actual, o, durante el primer mes completo que ya no tiene esta cobertura, la cobertura de la Parte B comenzará el primer día del mes en que se inscribe. También puede elegir que su cobertura comience en alguno de los siguientes 3 meses. Si usted se inscribe en cualquiera de los 7 meses restantes del SEP, la cobertura de la Parte B comenzará el mes después de su inscripción.

NOTA: La cobertura COBRA o un plan de salud de los jubilados no se considera un plan con cobertura de salud grupal en base al empleador actual.

Voluntarios Internacionales

Usted tiene un SEP si estuviera de voluntario fuera de los Estados Unidos por lo menos 12 meses para una organización exenta de impuestos y tuvo seguro de salud (a través de la organización), que proporcionó la cobertura por la duración del servicio voluntario.

Ley de Privacidad: La Administración del Seguro Social (SSA) está autorizada para recopilar la información bajo las secciones 1836, 1840 y 1872 de la Ley de Seguridad Social, en su forma enmendada (42 USC 1395o, 1395s, y 1395ii). Esta información es necesaria para la SSA y los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) para determinar si usted tiene derecho a Seguro Médico Suplementario (Parte B). Completar este formulario es voluntario, pero podrá estar inscrito en la Parte B, si no proporciona toda la información necesaria. La información que usted proporcione puede ser compartida para "usos de rutina", publicados en el *Registro Federal*. Debido a que hay demasiados para enumerarlos aquí, SSA le puede dar más información acerca de esto si lo pide. La información que usted proporcione en este formulario puede ser verificada por medio de concordancia por computadora (Pub. Law 100-503).

INSTRUCCIONES PASO A PASO PARA COMPLETAR ESTA SOLICITUD

- 1. Su Número de Reclamación del Seguro Social:**
Escriba su número de reclamo de la seguridad social en cada una de los cuadros. Tiene que incluir las letras después del número de reclamo. Las letras son el código de identificación de beneficiario (BIC).
- 2. ¿Desea inscribirse en la Parte B de Medicare (Seguro Médico)?**
Marque "Sí" en este campo si desea inscribirse en la Parte B de Medicare que le proporciona seguro médico de Medicare. Sólo puede inscribirse usando este formulario si usted ya tiene Medicare Parte A (Seguro de Hospital). Si su respuesta a esta pregunta es "no," entonces usted no tiene que llenar esta solicitud. Esta solicitud es para inscribirse para obtener un seguro médico de Medicare.

Si usted no tiene la Parte A y desea inscribirse, por favor comuníquese con el Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-800-325-0778.
- 3. Nombre:**
Escriba su nombre como lo hizo cuando solicitó la Seguridad Social o Medicare. Indique su apellido, primer nombre y segundo nombre, en este orden. Si usted no tiene un segundo nombre, déjelo en blanco.
- 4. Dirección postal:**
Escriba su dirección postal completa, incluyendo el número y nombre de la calle, Caja Postal, o la ruta en este campo.
- 5. Ciudad, estado y código postal:**
Escriba el nombre de la ciudad, estado y código postal para la dirección de correo.
- 6. Número de teléfono:**
Escriba su número de teléfono de 10 dígitos, incluyendo el código de área.
- 7. Firma escrita:**
Firme su nombre en esta sección de la misma manera que usted firma cualquier otro documento oficial. No imprima. Si usted es incapaz de firmar, puede marcar una "X" en este campo. En este caso, se necesita un testigo y el testigo debe completar las preguntas 11, 12 y 13.
- 8. Fecha de la firma:**
Escriba la fecha en que firmó la solicitud.
- 9. Firma del testigo:**
En el caso de que la pregunta 9 se haya firmado con una "X" en lugar de una firma manuscrita, se necesita una firma de un testigo en la pregunta 11 que demuestre que la persona que firma la solicitud es la persona representada en la solicitud.
- 10. Fecha de la firma:**
Si un testigo firma la solicitud, el testigo debe proporcionar la fecha de la firma.
- 11. Dirección del testigo:**
Si un testigo firma esta solicitud, indique la dirección del testigo.
- 12. Observaciones:**
Proporcione cualquier observación o comentario en el formulario para aclarar la información sobre su solicitud de inscripción.

INFORMACIÓN IMPORTANTE:

Revise el escenario siguiente para determinar si es necesario incluir información o formularios adicionales con su solicitud.

Si está registrándose para la Parte B utilizando un Período de Inscripción Especial (SEP), ya que estaba cubierto por un plan de salud grupal del empleador actual, además de esta solicitud, su empleador también tendrá que llenar y devolver el formulario "Solicitud de Información sobre el Empleo" (**CMS-L564/CMS-R-297**) con su solicitud. El propósito de este formulario es proporcionar documentación a la Seguridad Social que demuestre que usted ha estado continuamente cubierto por un plan de salud grupal del empleador actual, con no más de 8 meses consecutivos de no tener cobertura. Si su empleador quebró en el negocio o se niega a completar el formulario, por favor comuníquese con el Seguro Social sobre cualquier otra información que pueda proporcionar para procesar su solicitud de inscripción en el SEP.

Envíe la solicitud (y la "Solicitud de información sobre el empleo," en su caso) a su oficina local del Seguro Social. Encuentre su oficina local en www.ssa.gov.

REQUEST FOR EMPLOYMENT INFORMATION

WHAT IS THE PURPOSE OF THIS FORM?

In order to apply for Medicare in a Special Enrollment Period, you must have or had group health plan coverage within the last 8 months through your or your spouse's current employment. People with disabilities must have large group health plan coverage based on your, your spouse's or a family member's current employment.

This form is used for proof of group health care coverage based on current employment. This information is needed to process your Medicare enrollment application.

The employer that provides the group health plan coverage completes the information about your health care coverage and dates of employment.

HOW IS THE FORM COMPLETED?

- Complete the first section of the form so that the employer can find and complete the information about your coverage and the employment of the person through which you have that health coverage.
- The employer fills in the information in the second section and signs at the bottom.

WHAT DO I DO WITH THE FORM?

Fill out Section A and take the form to your employer. Ask your employer to fill out Section B. You need to get the completed form from your employer and include it with your Application for Enrollment in Medicare (CMS-40B). Then you send both together to your local Social Security office. Find your local office here: www.ssa.gov.

GET HELP WITH THIS FORM

- **Phone:** Call Social Security at **1-800-772-1213**
- **En español:** Llame a SSA gratis al **1-800-772-1213** y oprima el 2 si desea el servicio en español y espere a que le atienda un agente.
- **In person:** Your local Social Security office. For an office near you check www.ssa.gov.

REQUEST FOR EMPLOYMENT INFORMATION

SECTION A: To be completed by individual signing up for Medicare Part B (Medical Insurance)

1. Employer's Name	2. Date <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> </div>
3. Employer's Address	
City	State <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> </div>
Zip Code <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> </div>	
4. Applicant's Name	5. Applicant's Social Security Number <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> </div>
6. Employee's Name	7. Employee's Social Security Number <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> </div>

SECTION B: To be completed by Employers

For Employer Group Health Plans ONLY:

1. Is (or was) the applicant covered under an employer group health plan? Yes No		
2. If yes, give the date the applicant's coverage began. (mm/yyyy) <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> </div>		
3. Has the coverage ended? Yes No		
4. If yes, give the date the coverage ended. (mm/yyyy) <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> </div>		
5. When did the employee work for your company?		
From: (mm/yyyy) <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> </div>	To: (mm/yyyy) <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> </div>	Still Employed: (mm/yyyy) <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> </div>
6. If you're a large group health plan and the applicant is disabled, please list the timeframe (all months) that your group health plan was primary payer.		
From: (mm/yyyy) <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> </div>	To: (mm/yyyy) <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> </div>	

For Hours Bank Arrangements ONLY:

1. Is (or was) the applicant covered under an Hours Bank Arrangement? Yes No		
2. If yes, does the applicant have hours remaining in reserve? Yes No		
3. Date reserve hours ended or will be used? (mm/yyyy) <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> </div>		

All Employers:

Signature of Company Official	Date Signed <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> </div>
Title of Company Official	Phone Number <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> </div>

According to the Paperwork Reduction Act of 1995, no persons are required to respond to a collection of information unless it displays a valid OMB control number. The valid OMB control number for this information is 0938-0787. The time required to complete this information collection is estimated to average 15 minutes per response, including the time to review instructions, search existing data resources, gather the data needed, and complete and review the information collection. If you have comments concerning the accuracy of the time estimate(s) or suggestions for improving this form, please write to: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, MD 21244-1850.

STEP BY STEP INSTRUCTIONS FOR THIS FORM

SECTION A:

The person applying for Medicare completes all of Section A.

1. **Employer's name:**
Write the name of your employer.
2. **Date:**
Write the date that you're filling out the Request for Employment Information form.
3. **Employer's address:**
Write your employer's address.
4. **Applicant's Name:**
Write your name here.
5. **Applicant's Social Security Number:**
Write your Social Security Number here.
6. **Employee's Name:**
If you get group health plan coverage based on your employment, write your name here. If you get group health plan coverage through another person, like a spouse or family member, write their name.
7. **Employee's Social Security Number:**
If you get group health plan coverage based on your employment, write your Social Security Number here. If you get group health plan coverage through another person, like a spouse or family member, write their Social Security Number.

Once you complete Section A:

Once Section A is completed, give this form to your employer to complete Section B. Once Section B has been completed by your employer, return this form along with your Part B application to your local Social Security office.

SECTION B:

The employer completes all of Section B.

If you're an employer without an hours bank arrangement, complete the section called "For Employer Group Health Plans ONLY"

1. **Is (or was) the applicant covered under an employer group health plan?**
Please check yes or no if the applicant was covered under your group health plan offered by your company. The applicant may be the employee or another person related to the employee, such as a spouse or family member with disabilities. If your company doesn't offer a group health plan, please check No. A group health plan is any plan of one or more employers to provide health benefits or medical care (directly or otherwise) to current or former employees, the employer, or their families.
2. **If yes, give the date the coverage began.**
Write the month and year the date the applicant's coverage began in your group health plan.
3. **Has the coverage ended?**
Check yes or no if the group health plan coverage for the applicant has ended.
4. **If yes, give the date the coverage ended.**
Write the month and year the group health plan coverage ended for the applicant.

5. **When did the employee work for your company?**
Write the start and end dates of the employment for the employee in which the applicant is related. It may be the applicant or another person related to the employee, such as a spouse or family member with disabilities.
Enter the month and year of the start of the employment in the "From" box.
Enter the month and year of end of the employment in the "To" box.
If the employee is still employed, enter the month and year of the current date.
Current employment is active working status. It is not disability or retirement.
6. **If you're a large group health plan and the applicant is disabled, please list the timeframe (all months) that your group health plan was primary payer.**
Write the start and end dates that your group health plan was primary payer for the applicant.

If you're an employer with an hours bank arrangement, complete the section called "For Hours Bank Arrangements ONLY"

1. **Is (or was) the applicant covered under an hours bank arrangement?**
Please check yes or no if the applicant was covered under an hours bank arrangement. If you check no, please also fill out the section for "Employer Group Health Plans ONLY".
2. **If yes, does the applicant have hours remaining in reserve?**
Please indicate if the applicant currently has health coverage based on the remaining hours in the employee's hours bank account.
3. **Date reserve hours ended or will be used?**
Please write the month and year for when the remaining hours in the employee's hours bank account expired or will expire.

All employers need to complete the bottom of Section B.

- **Signature of Company Official:**
An official representative of the company needs to sign this document. Please do not print.
- **Date Signed:**
Write the date that you sign the form in this field.
- **Title of Company Official:**
Print the title of the company official who signed the form in this field.
- **Phone Number:**
Write the phone number of the company official who signed the form in this field. If there are questions regarding the information on this form, a representative from Social Security will contact you.

SOLICITUD DE INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEO

¿CUÁL ES EL PROPÓSITO DE ESTE FORMULARIO?

Para solicitar Medicare en un Período de Inscripción Especial, debe tener o haber tenido cobertura del plan de salud grupal en los últimos 8 meses a través de su empleo actual o el de su cónyuge. Las personas con discapacidad deben tener la cobertura del plan de salud grupal grande sobre la base de su empleo actual o el de su cónyuge o de un miembro de la familia.

Este formulario se utiliza para la prueba de la cobertura de salud grupal por su empleo actual. Esta información es necesaria para procesar su solicitud de inscripción en Medicare.

El empleador que proporciona la cobertura del plan de salud de grupo completa la información sobre su cobertura de cuidado de la salud y las fechas de empleo.

¿CÓMO SE COMPLETA EL FORMULARIO?

- Complete la primera sección del formulario para que el empleador pueda encontrar y completar la información sobre su cobertura y el empleo de la persona a través del cual usted tiene la cobertura de salud.
- El empleador llena la información de la segunda sección y firma en la parte inferior.

¿QUÉ HAGO CON EL FORMULARIO?

Llene la Sección A y lleve el formulario a su empleador. Pídale a su empleador que llene la Sección B. Usted necesita obtener el formulario de su empleador completado e incluirlo en su solicitud de inscripción para Medicare (CMS-40B). Luego envíe los dos formularios a su oficina local del Seguro Social. Encuentre su oficina local aquí: www.ssa.gov.

¿CÓMO PUEDO OBTENER AYUDA CON ESTE FORMULARIO

- **Teléfono:** Llame al Seguro Social al **1-800-772-1213**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-325-0778**.
- **En español:** Llame a SSA gratis al **1-800-772-1213** y oprima el 2 si desea el servicio en español y espere a que le atienda un agente.
- **En persona:** Su oficina local del Seguro Social. Para localizar una oficina cerca de usted verifique en www.ssa.gov.

SOLICITUD DE INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEO

SECCIÓN A: Debe completarla la persona que se inscribe a Medicare Parte B (Seguro Médico)

1. Nombre del Empleador		2. Fecha <div> <div></div> <div></div> </div> / <div> <div></div> <div></div> </div> / <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>	
3. Dirección del Empleador			
Ciudad		Estado	Código Postal
<div> <div></div> <div></div> </div>		<div> <div></div> <div></div> </div>	<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>
4. Nombre del Solicitante		5. Número de Seguro Social del Solicitante <div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> - <div> <div></div> <div></div> </div> - <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>	
6. Nombre del Empleado		7. Número de Seguro Social del Empleado <div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> - <div> <div></div> <div></div> </div> - <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>	

SECCIÓN B: Para ser completada por los empleadores

Para los Planes de Salud Grupales del Empleador ÚNICAMENTE:

1. ¿El solicitante está (o estaba) cubierto bajo el plan de salud grupal del empleador?			SÍ	No
2. Si sí, proporcione la fecha del inicio de la cobertura del solicitante. (mm/aaaa) <div> <div></div> <div></div> </div> / <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>				
3. ¿Ha terminado la cobertura? SÍ No				
4. Si sí, proporcione la fecha en que terminó la cobertura. (mm/aaaa) <div> <div></div> <div></div> </div> / <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>				
5. ¿Cuándo trabajó el empleado para su compañía?				
Desde: (mm/aaaa) <div> <div></div> <div></div> </div> / <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>		Hasta: (mm/aaaa) <div> <div></div> <div></div> </div> / <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>		Todavía empleado: (mm/aaaa) <div> <div></div> <div></div> </div> / <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>
6. Si usted tiene un plan de salud grupal grande y el solicitante está discapacitado, por favor indique el período de tiempo (cada mes) en el que su plan de salud grupal fue el pagador principal.				
Desde: (mm/aaaa) <div> <div></div> <div></div> </div> / <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>		Hasta: (mm/aaaa) <div> <div></div> <div></div> </div> / <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>		

Para arreglos de Banco de Horas ÚNICAMENTE:

1. ¿Está (o estaba) el solicitante cubierto bajo un Arreglo de Banco de Horas?		SÍ	No
2. Si sí, ¿tiene el solicitante horas que le queden en reserva? SÍ No			
3. ¿Cuándo las horas de reserva terminaron o se usarán? (mm/aaaa) <div> <div></div> <div></div> </div> / <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>			

Firma del Funcionario de la Compañía:

Firma del Funcionario de la Compañía		Fecha de la firma <div> <div></div> <div></div> </div> / <div> <div></div> <div></div> </div> / <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>	
Puesto del Funcionario de la Compañía		Número de teléfono (<div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>) <div> <div></div> <div></div> </div> - <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>	

De acuerdo con la Ley de Reducción de Papeleo de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una solicitud de información a menos que muestre un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para esta información es 0938-0787. El tiempo necesario para completar esta recopilación de información se estima en un promedio de 15 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, reunir los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios sobre la precisión de la estimación de tiempo (s) o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, MD 21244 -1850.

INSTRUCCIONES PASO A PASO PARA ESTE FORMULARIO

SECCIÓN A:

La persona que solicita Medicare completa toda la Sección A.

1. **Nombre del empleador:** Escriba el nombre de su empleador.
2. **Fecha:** Escriba la fecha en que usted está llenando el formulario de Solicitud de Información sobre el Empleo.
3. **Dirección del empleador:** Escriba la dirección de su empleador.
4. **Nombre del solicitante:** Escriba su nombre aquí.
5. **Número de Seguro Social del solicitante:** Escriba su número de Seguro Social aquí.
6. **Nombre del empleado:** Si usted recibe cobertura del plan de salud de grupo basado en su empleo, escriba su nombre aquí. Si usted recibe cobertura del plan de salud grupal a través de otra persona, como un cónyuge o miembro de la familia, escriba su nombre.
7. **Número de Seguro Social del empleado:** Si usted recibe cobertura del plan de salud grupal en base a su empleo, escriba su número de Seguro Social aquí. Si usted recibe cobertura del plan de salud grupal a través de otra persona, como un cónyuge o miembro de la familia, escriba su número de Seguro Social.

Una vez que complete la Sección A: Una vez que la sección A se ha completado, entregue este formulario a su empleador para que complete la Sección B. Una vez que la Sección B ha sido completada por su empleador, regrese este formulario junto con la Parte B de la solicitud a su oficina local del Seguro Social.

SECCIÓN B:

El empleador completa toda la Sección B.

Si usted es un empleador sin un acuerdo de banco de horas, complete la sección llamada "Para Planes de Salud Grupales del Empleador ÚNICAMENTE"

1. **¿Está (o estaba) el solicitante cubierto bajo un plan de salud grupal del empleador?**
Por favor marque sí o no, si el solicitante estaba cubierto por su plan de salud de grupo ofrecido por su compañía. El solicitante podrá ser el empleado u otra persona relacionada con el empleado, como un cónyuge o miembro de la familia con discapacidades. Si su empresa no ofrece un plan de salud de grupo, por favor marque No. Un plan de salud de grupo es un plan de uno o más empleadores para proporcionar beneficios de salud o de atención médica (de forma directa o de otra manera), a los empleados actuales o anteriores, al empleador, o sus familias.
2. **Si sí, dé la fecha en que comenzó la cobertura.**
Escriba el mes y año de la fecha en que la cobertura del solicitante comenzó en su plan de salud grupal.
3. **¿Ha terminado la cobertura?**
Marque sí o no, si la cobertura del plan de salud de grupo para el solicitante ha terminado.

4. **En caso afirmativo, indique la fecha en que la cobertura terminó.**
Escriba el mes y año en que la cobertura del plan de salud grupal terminó para el solicitante.
5. **¿Cuándo trabajó el empleado en su empresa?**
Escriba las fechas de inicio y finalización del trabajo para el empleado en el que el solicitante se relaciona. Puede ser el solicitante u otra persona relacionada con el empleado, como un cónyuge o miembro de la familia con discapacidad.
Escriba el mes y año de inicio del empleo en la casilla "Desde."
Escriba el mes y el año en que terminó el empleo en el campo "Hasta."
Si el empleado todavía trabaja, escriba el mes y año de la fecha actual.
El empleo actual tiene un estatus de empleo activo. No es por discapacidad o jubilación.
6. **Si usted está en un plan de salud grupal grande y el solicitante está discapacitado, indique el período de tiempo (todos los meses) en que su plan de salud grupal fue el pagador primario.**
Escriba las fechas de inicio y terminación en las cuales su plan de salud de grupo fue el pagador primario para el solicitante.

Si usted es un empleador con un arreglo de banco de horas, complete la sección "Para Arreglos de Banco de Horas ÚNICAMENTE"

1. **¿Está (o estaba) el solicitante cubierto por un arreglo de banco de horas?**
Por favor marque sí o no, si el solicitante estaba cubierto por un acuerdo de banco de horas. Si marca no, por favor llene también la sección llamada "Planes de Salud Grupales del Empleador ÚNICAMENTE."
2. **En caso afirmativo, ¿tiene el solicitante horas restantes en la reserva?**
Por favor, indique si el solicitante tiene actualmente cobertura de salud en base a las horas restantes en la cuenta de banco de horas del empleado.
3. **¿Cuándo las horas de reserva terminaron o se utilizarán?**
Por favor escriba el mes y el año en que las horas restantes en la cuenta de banco de horas del empleado expiraron o expirarán.

Todos los empleadores deben completar la parte inferior de la sección B.

- **Firma del funcionario de la empresa:** Un representante oficial de la empresa tiene que firmar este documento. Por favor, no imprimir.
- **Fecha de la firma:** Escriba la fecha en que firma el formulario en este campo.
- **Puesto del Funcionario de la Empresa:** Imprima el puesto del funcionario de la empresa que firmó el formulario en este campo.
- **Número de teléfono:** Escriba el número de teléfono del funcionario de la empresa que firmó el formulario en este campo. Si tiene dudas respecto de la información en este formulario, un representante del Seguro Social se comunicará con usted.