

*Juego de herramientas*

# GUÍA DE ORIENTACIÓN PARA SOLICITANTES

CÓMO LLENAR UNA SOLICITUD  
DE SSI/SSDI

# INFORMACIÓN DE LA PUBLICACIÓN

## Reconocimientos

Este documento ha sido preparado para la Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental (SAMHSA) y el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (HHS). Asha Stanley sirvió como representante de funcionarios contratistas.

## Descargo de responsabilidades

Las perspectivas, opiniones y contenido que se expresan en el presente documento no necesariamente reflejan la postura oficial de SAMHSA o de HHS. No se debe interpretar ni inferir que la SAMHSA ni el HHS ofrezcan apoyo oficial ni aprobación de los instrumentos o recursos descritos. La información presentada no se debe considerar como sustituto de la atención individualizada de clientes ni de las decisiones de tratamiento.

## Aviso sobre dominio público

Todos los materiales que aparecen en esta publicación salvo aquellos tomados directamente de fuentes amparadas por sus derechos de autor, son del dominio público y pueden reproducirse o copiarse sin necesidad de permiso de SAMHSA o de sus autores. Se aprecia que en tal caso se indique la fuente citada. Sin embargo, esta publicación no puede reproducirse ni distribuirse a cambio de un cargo sin la autorización específica y por escrito de la Oficina de Comunicaciones de SAMHSA, HHS.

## Acceso electrónico y copias de la publicación

Esta publicación puede descargarse de la página web del Centro de Ayuda Técnica para el Alcance, Acceso y Rehabilitación de SSI/SSDI de SAMHSA, <https://soarworks.samhsa.gov/>.

## Cita recomendada

Centro de Ayuda Técnica de Alcance, Acceso y Rehabilitación de SSI/SSDI de la Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental. (2022, abril). Guía de orientación para solicitantes: Cómo llenar una solicitud de SSI/SSDI. Accedido de <https://soarworks.samhsa.gov/>.

## Oficina originadora

La División del Desarrollo de Sistemas Estatales y Comunitarios (DSCSD), Centro de Servicios de Salud Mental (CMHS), Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental, 5600 Fishers Lane, Rockville, MD 20857.

## Aviso de no discriminación

SAMHSA complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. SAMHSA cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, o sexo.

Primera publicación 2022.

# CONTENTS

<b>Descripción general.....</b>	<b>1</b>
<b>Glosario y términos de uso común .....</b>	<b>2</b>
<b>Cómo empezar: Creación de mi cuenta de My Social Security.....</b>	<b>4</b>
<b>Reparación para el proceso de solicitud.....</b>	<b>5</b>
<b>Selección de su estrategia de solicitud por discapacidad .....</b>	<b>7</b>
<b>Inicio de la solicitud de SSI en línea .....</b>	<b>8</b>
<b>Solicitud de beneficios .....</b>	<b>9</b>
<b>Qué esperar luego de entregar su solicitud de discapacidad en línea .....</b>	<b>18</b>
<b>Documentación de apoyo .....</b>	<b>20</b>
<b>Muestra de carta de empleador en apoyo a reclamo de SSI/SSDI .....</b>	<b>22</b>
<b>Muestra de carta de una fuente colateral .....</b>	<b>23</b>
<b>Diario médico .....</b>	<b>24</b>
<b>Exámenes de consulta.....</b>	<b>26</b>
<b>Beneficiarios representantes .....</b>	<b>27</b>
<b>Hojas de trabajo de discapacidad .....</b>	<b>29</b>
<b>Guía de recursos para solicitantes .....</b>	<b>32</b>

# DESCRIPCIÓN GENERAL

## Acerca de SOAR

El programa de Alcance, Acceso y Rehabilitación de SDI/SSDI (SOAR, por sus siglas en inglés) es un programa nacional diseñado para incrementar el acceso a los programas de beneficios de ingresos por discapacidad administrados por la Administración del Seguro Social (SSA) para los adultos y menores elegibles que están experimentando o corren el riesgo de experimentar la falta de vivienda y padecen de una enfermedad mental grave, discapacidad médica y/o un trastorno por uso de sustancias concurrente.

## Capacitación de SOAR

El Centro de Ayuda Técnica (TA) de SOAR, como parte de SAMHSA, ofrece dos cursos en línea para capacitar a los trabajadores de casos en la ayuda de individuos durante la solicitud de SSI/SSDI (programas de beneficios de ingresos por discapacidad de SSA). Los cursos brindan información integral en cuanto a SSI/SSDI y el proceso de determinación de discapacidades, incluso los Componentes Críticos de SOAR tales como llenar y entregar solicitudes.

## Liderazgo de SOAR

Los líderes estatales y locales van a la vanguardia y coordinan la implementación de iniciativas de SOAR. Estos líderes identifican a los interesados e interactúan con ellos para dirigir a los comités cuya meta es la creación e implementación de un plan de acción de SOAR y un proceso para la entrega de solicitudes de SSI/SSDI. Estos comités se reúnen regularmente para colaborar, rendir informes de avance y buscarles soluciones a los desafíos.

## Comunicación con SOAR

☎ 518-439-7415 x2

✉ [soar@prainc.com](mailto:soar@prainc.com)

🌐 [soarworks.samhsa.gov](http://soarworks.samhsa.gov)

Este juego de herramientas ayuda a los solicitantes y/o a sus personas de apoyo a preparar y entregar solicitudes de SSI/SSDI de alta calidad cuando no se tiene disponible a un proveedor de SOAR para recibir ayuda.



# GLOSARIO Y TÉRMINOS DE USO COMÚN

## Administración del Seguro Social

La **Administración del Seguro Social (SSA)** es la agencia federal que administra los beneficios de discapacidades y de jubilación para los individuos y familias elegibles. La SSA también administra beneficios por muerte para cónyuges e hijos, tarjetas de Seguro Social, inscripción en Medicare y cuentas de my Social Security.

## Servicios de determinación de discapacidades

La oficina de **Servicios de Determinación de Discapacidades (DDS)** es la agencia de su estado que toma la decisión de discapacidades para la SSA. Los médicos y especialistas de discapacidades de la agencia estatal evalúan los registros médicos y otra evidencia para determinar la elegibilidad médica para los programas de discapacidad de SSA. Su estado podría utilizar un término diferente para describir a los DDS.

## Definición de discapacidad

La SSA define una discapacidad como la falta de capacidad de participar de una actividad remunerada significativa (SGA; [ssa.gov/OACT/COLA/sga.html](https://ssa.gov/OACT/COLA/sga.html)) por causa de cualquier deficiencia física o mental médicamente determinable que pudiera preverse que resulte en la muerte o que haya perdurado o se anticipe que dure por un período continuo de no menos de 12 meses. Esto significa que la SSA examina cómo sus enfermedades o condiciones afectan su capacidad de laborar a un nivel determinado de remuneración definido cada año por la SSA.

## Ingreso de Seguridad Complementario

**El Ingreso de Seguridad Complementario (SSI)** es un programa basado en las necesidades para personas que son de tercera edad, ciegos o que experimentan una discapacidad que les impide percibir remuneraciones según el nivel definido por la SGA. El SSI está destinado para individuos y familias con limitaciones en sus recursos y en sus antecedentes laborales. Los pagos mensuales de SSI se basan en la Tarifa Federal de Beneficios de Seguro Social ([ssa.gov/OACT/COLA/SSI.html](https://ssa.gov/OACT/COLA/SSI.html)).

## Seguro de Discapacidad del Seguro Social

**El Seguro de Discapacidad del Seguro Social (SSDI)** es un programa de seguro del Seguro Social; la mayoría<sup>1</sup> de los individuos que laboran en los Estados Unidos aportan al Seguro Social a lo largo de sus carreras laborales. El monto de los beneficios mensuales depende de los antecedentes laborales del individuo y de sus aportes al Seguro Social por medio de impuestos sobre la renta.

## Exámenes de consulta

Un médico de DDS podría programar un **examen de consulta (CE)** si se necesita más información para tomar una decisión en cuanto a su solicitud. Si se solicita un CA, DDS programará una cita para que usted acuda a un médico contratista del Seguro Social. Se pueden solicitar CE para discapacidades de salud mental y física.

<sup>1</sup> Algunos trabajadores aportan a un programa de pensión u otros programas de jubilación en lugar de al Seguro Social.

## Cuenta de my Social Security

**my Social Security** es un portal en línea diseñado para facilitar el acceso a su información de Seguro Social. Puede usar su cuenta para solicitar una tarjeta de Seguro Social de repuesto, verificar el estado de una solicitud, calcular beneficios futuros, o gestionar los beneficios que ya recibe:

[ssa.gov/myaccount](https://ssa.gov/myaccount).

# CÓMO EMPEZAR: CREACIÓN DE MI CUENTA DE MY SOCIAL SECURITY



Antes de iniciar el proceso de solicitud, es útil crear una cuenta de my Social Security. Esto le asegurará acceso a su información del Seguro Social. Su cuenta de my Social Security también agiliza el proceso de solicitud de beneficios de SSI/SSDI en línea. Esta página le describe el proceso de creación de su cuenta my Social Security. *Si este proceso no le resulta útil, ¡no hay problema! La solicitud puede llenarse sin tener esta cuenta.*

1

Para poder crear una cuenta de my Social Security, se necesita lo siguiente:

- Tener una cuenta válida de correo electrónico
- Tener número de Seguro Social
- Tener una dirección postal en EE. UU.
- Tener por lo menos 18 años

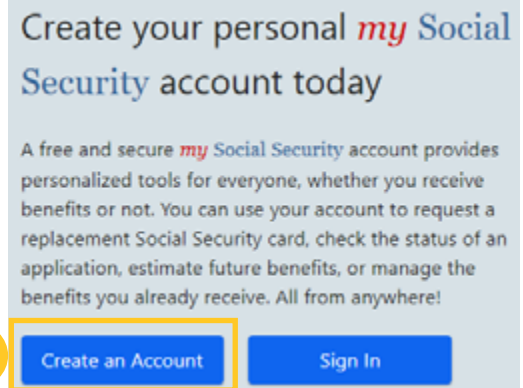
2

Acceda a [ssa.gov](https://ssa.gov) y pulse en el icono de my Social Security en el lado izquierdo de la página.



3

Pulse en **Create an Account** (Crear cuenta).



4

Siga las instrucciones e indicaciones para crear su cuenta:

Your Name  
As shown on your Social Security card.

First  M.I.  Last  Suffix

Social Security Number (SSN)  
 [SHOW SSN](#)  
Example: 000-00-0000

Date of Birth  
Month  Day  Year

5

¡Escriba su nombre de usuario y su contraseña!

# REPARACIÓN PARA EL PROCESO DE SOLICITUD



Cuando se busca crear una solicitud exitosa de beneficios por discapacidad del Seguro Social, la preparación es la clave. Aquí le ofrecemos unas sugerencias para prepararse para solicitar sus beneficios por discapacidad.

**1**

## Manténgase al día con sus citas de salud médica y mental

- Asegúrese de acudir a sus médicos, terapeutas y demás proveedores de tratamiento con regularidad.
- Si está experimentando dolor u otros síntomas, obtenga una cita con un médico o clínica.
- Tome los medicamentos que se le receten.
- Pídale a su médico de cabecera o especialista que escriba un resumen de sus condiciones médicas y cómo éstas afectan su capacidad de funcionar en las actividades diarias o en un entorno laboral.

**2**

## Lleve un diario

Llevar un diario es una forma magnífica de documentar sus síntomas y cómo le impactan a diario.

- Anote las actividades de su rutina diaria y todas las cosas que se le dificultan debido a las enfermedades o condiciones que sufre.
- Indique el dolor u otros síntomas que experimente.
- Revise su diario con su médico en cada cita.

- Pídale a un amigo o familiar que le ayude a documentar los síntomas que observe o que usted le comparta si usted no puede crear o mantener un diario.

**3**

## Obtenga evidencia

Resulta útil tener su trabajo organizado antes de iniciar la Solicitud por Discapacidad en línea.

- Haga una lista de todos los proveedores de tratamiento a los que haya consultado en los últimos 5 años. Incluya todos los sitios en los cuales haya consultado a un/a médico, enfermero/a, terapeuta o trabajador/a social.
  - Incluya las fechas de consulta y las razones del tratamiento.
  - Anote todas las pruebas indicadas por este proveedor (radiografías, pruebas de esfuerzo, etc.).
  - Escriba la dirección postal y teléfono de cada proveedor.
- Haga una lista de todos los medicamentos con o sin receta que tome para sus enfermedades o condiciones.
  - Nombre
  - Dosis



- Motivo por el cual se le recetó
- Efectos secundarios
- Haga una lista de todos los empleos que ha tenido en los últimos 15 años:
  - Nombre y dirección de la empresa
  - Fechas en las que laboró (pueden ser aproximadas)
  - Horas laboradas por día/semana
  - Remuneración
  - Detalles sobre sus responsabilidades y requisitos laborales
  - Indique por qué dejó de laborar en cada sitio
  - Mencione los desafíos que experimentó mientras laboral
- Anote la información sobre su matrimonio actual o previos.

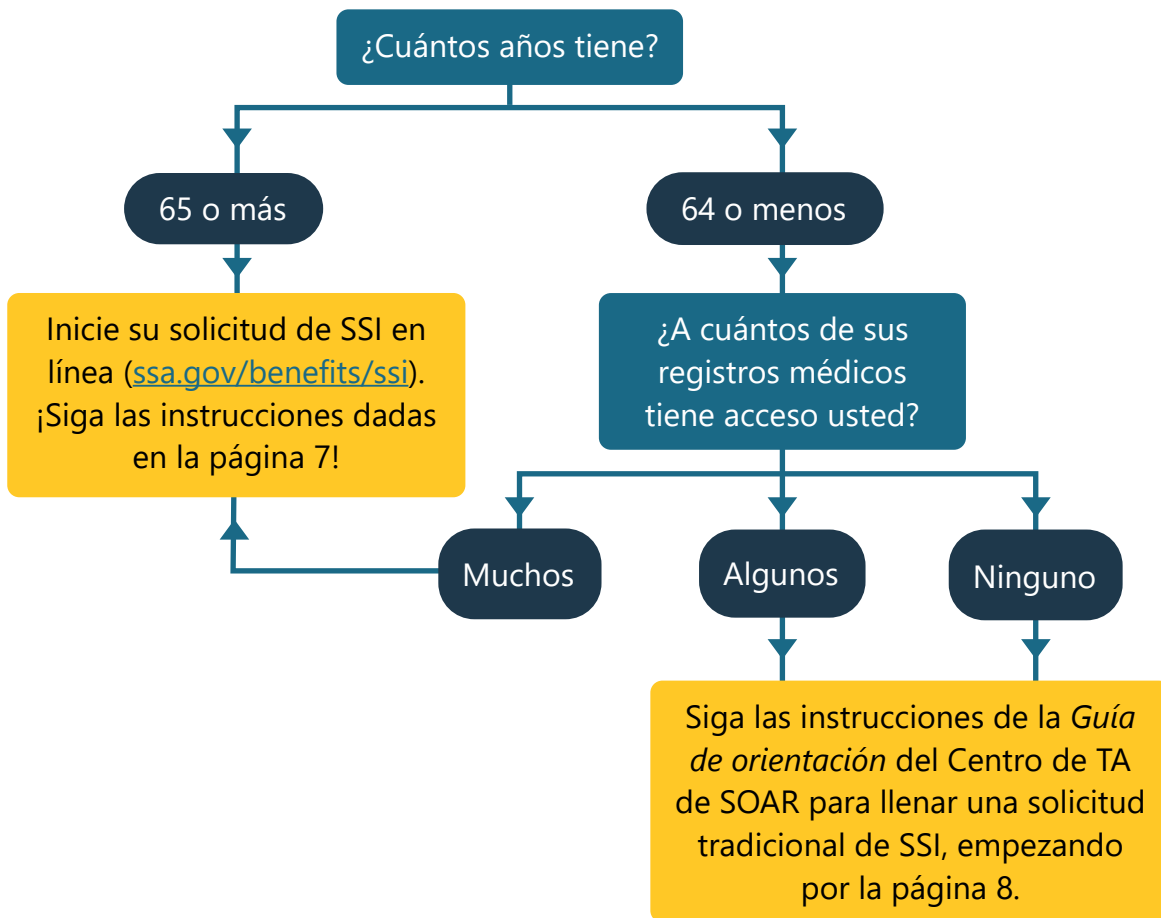
## 4

### Prepare su espacio de trabajo

- Planifique que dedicará hasta **3 horas** llenando la Solicitud de Discapacidad en línea.
  - Esto se puede dividir en períodos más cortos, de hasta unos días, de ser necesario.
- Prepárese a usar una computadora en un lugar quieto.
  - Su biblioteca local es un buen recurso si usted no posee una computadora.
- Tenga papel y bolígrafo a la mano.
- Pídale a un amigo o familiar de confianza que le ayude, si piensa que le resultaría útil.

# SELECCIÓN DE SU ESTRATEGIA DE SOLICITUD POR DISCAPACIDAD

Utilice este diagrama de flujo para determinar cuál estrategia utilizará para solicitar Ingreso de Seguridad Complementario (SSI).

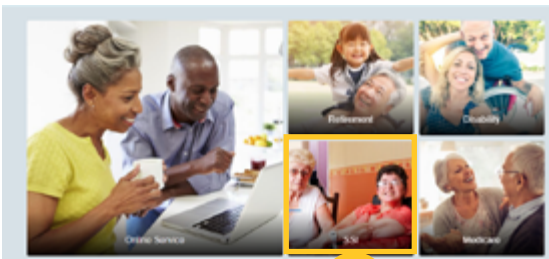


# INICIO DE LA SOLICITUD DE SSI EN LÍNEA

Si tiene 65 años o más, o si tiene muchos registros médicos para documentar su discapacidad, es posible iniciar su solicitud de Ingreso de Seguridad Complementario (SSI) en línea rápidamente.

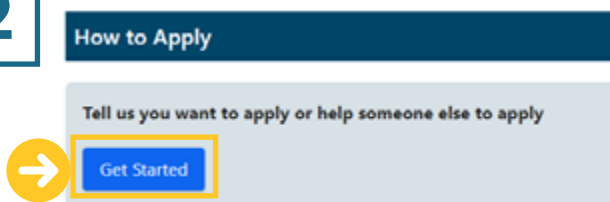
1

- Acuda a [ssa.gov](https://ssa.gov) y pulse el ícono de SSI.



2

- Pulse el icono de *Empezar*.



3

Le será necesario finalizar la solicitud por teléfono o en persona con la Administración del Seguro Social (SSA), pero la solicitud en línea inicia el proceso y protege la fecha de ingreso de su solicitud.

- Proporcione algunos detalles de su identidad y su información de contacto.

\*First name  Middle name  \*Last name

\*Phone type  
 U.S.  
 International

\*Phone number

4

- Prepárese para que la SSA se ponga en contacto con usted. La oficina local del Seguro Social se comunicará con usted en un plazo de **7 a 14 días hábiles** para programar una entrevista por teléfono o en persona

5

- Asista a la entrevista.
- Traiga consigo información importante que se menciona en otras secciones de la presente guía.

# SOLICITUD DE BENEFICIOS



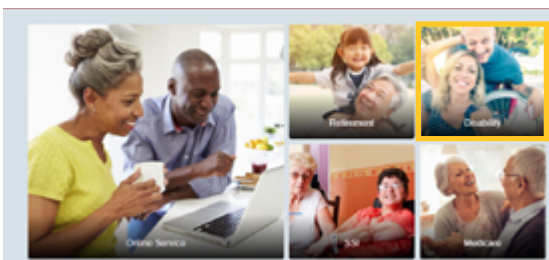
Ahora que está preparado/a y que tiene una computadora para llenar la solicitud, está listo/a para iniciar su proceso de solicitud. Esta sección de la guía es **larga** y puede parecer abrumadora. Por favor recuerde que una vez que obtenga su **número de reingreso** al inicio del **Paso Tres**, podrá salir de la aplicación en cualquier momento y retornar a la misma cuando desee continuar.

**1**

## Inicie la solicitud

- Acuda a [ssa.gov](https://ssa.gov) y pulse en *Disability* (Discapacidad). Seleccione *Apply for Disability* (Solicitar discapacidad), marque la casilla de aceptación de términos de servicio, y luego elija *Start a New Application* (Iniciar una solicitud nueva).

→ Una vez que se haya iniciado la solicitud, no podrá cerrar la sesión hasta que reciba su Número de reingreso en el **Paso 3**.



Before you apply, please review the basics to make sure you understand the process. Also, gather the information and documents you'll need.

Apply for Disability

The Basics About Disability Benefits

**Apply & Complete**  
After signing in to your *my Social Security* account, apply for benefits through a multi-step process that may take between **one to two hours** depending on your situation. You can save your application as you go at any time.

Start a New Application

Return to Saved Applications

**2**

## Responda a las preguntas preliminares

- Cuando encuentre la pregunta *Who is completing the application?* (¿Quién está llenando la solicitud?), seleccione *I am applying for myself* (La solicitud es en mi nombre).

### Who Is Completing This Application?

Tell us information about the person completing the application.

I am applying for myself

I am helping someone who is not with me, and there is a doctor's note.

Do you have a *my Social Security* account?

Yes  No

- Se le preguntará si tiene cuenta de *my Social Security*.
  - Si no tiene cuenta de *my Social Security*, seleccione *No*.
    - Responda la pregunta siguiente en cuanto a una dirección.
    - En la página siguiente, ingrese la información de su nombre y discapacidad.
    - Luego, continúe con el Paso 3.

### Information About Applicant

Your Name:

Please provide the name as it appears on the most recent Social Security card.

John Lance Smith  
First Middle Last Suffix

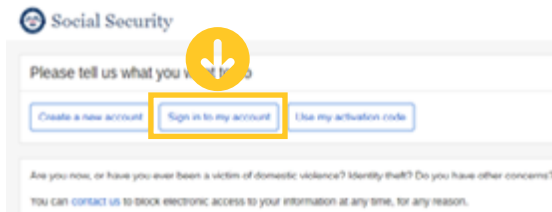
Social Security Number (SSN):

999-99-9999

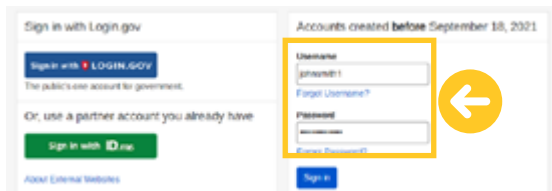
Date of Birth:

January 1 1965  
Month Day Year

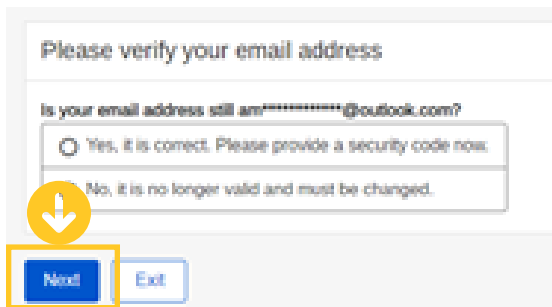
- Si tiene cuenta de my Social Security (vea la página 3), seleccione *Yes* (Sí).
  - Seleccione *Sign in to my account* (Ingresar a mi cuenta).



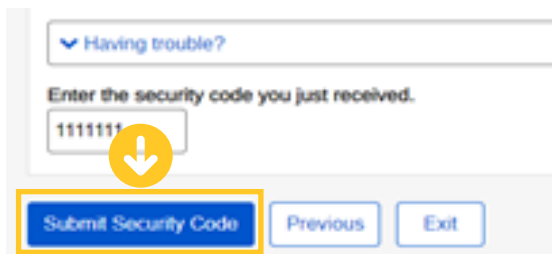
- Ingrese su nombre de usuario y contraseña, y pulse *Sign in* (Abrir sesión).



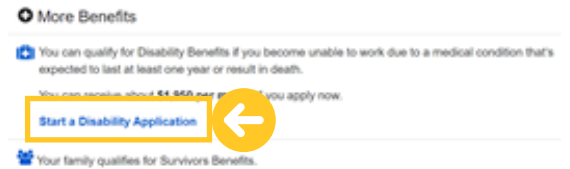
- Verifique que la dirección de correo electrónico vinculada con su inicio de sesión sea correcta, y luego pulse *Next* (Siguiendo).



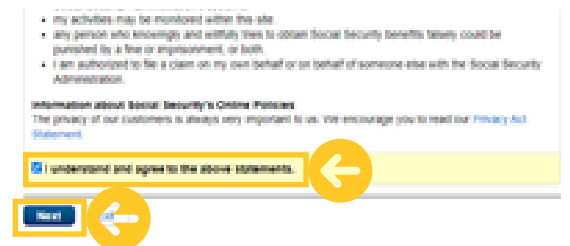
- Ingrese el código de seguridad que le fue enviado a su cuenta de correo electrónico y pulse *Submit* (Enviar).



- Una vez enviado su código de seguridad, se muestra la página de su cuenta de my Social Security. Desplace la página como hasta su punto medio y seleccione *Start a Disability Application* (Iniciar una solicitud de discapacidad).



- Acepte los términos de servicio y pulse *Next* (Siguiendo) para iniciar la solicitud de manera oficial.



### 3 Ingrese la información de sus antecedentes

- Proporcione su información de contacto y responda a las preguntas sobre la manera en la que se comunica.
  - Si no tiene una dirección postal fiable, ingrese la dirección de un amigo o familiar de confianza. Asegúrese de comprobar su correo en esa ubicación con regularidad.

**Mailing Address:**

Country:

**Street Address:**

Street Line 1:

Street Line 2:  [Add Line](#)

City/Town:  State/Territory:  ZIP Code:

Do you live at this address?  
 Yes  No

**Daytime Phone Number:**

U.S.  International

- Responda a las preguntas sobre su lugar de nacimiento y ciudadanía.

**Place of Birth:** [More Info](#)

Provide place of birth as it was known at the time of your birth.

United States or U.S. Territory  Other

City/Town State/Territory

**Are you a U.S. citizen?** [More Info](#)

Yes  No

**Type of Citizenship:** [More Info](#)

- ¡Obtenga su **número de reingreso!**
  - Este número es *sumamente* importante.
  - Es la *única manera* de reingresar a su solicitud si usted tuviera que tomar un descanso.
  - Asegúrese de *imprimir la página o escribir este número* ¡y guárdelo en un lugar seguro!

**You must print this page or write down the re-entry number.**

Re-entry Number: **95985338**

If something causes you to exit or you choose to save and return at a later time number to continue your saved application process.

If you lose your re-entry number, sign in to your [my Social Security](#) account, or to view your re-entry number. Social Security employees will never ask for you have access to it. This is to protect your privacy.

[Print this page](#)

- Proporcione detalles sobre otros nombres que haya utilizado en el pasado.
  - Si usó nombres diferentes para registros médicos o si se casó y cambió de apellido, asegúrese de incluirlos.
  - De esta forma se asegurará que el Seguro Social tendrá sus registros completos.

**Have you used any other Social Security Numbers?** [More Info](#)

Yes  No

**Have you used any other names?** [More Info](#)

Other names could be a different birth name, previous married name(s)

Yes  No

**1st Other Name:**

First Middle Last

- Si corresponde, proporcione detalles sobre su matrimonio.
  - Si no está casado/a, seleccione *No* y avance.

**Marriage**

**Spouse's Name:**  
Provide name at birth.

First Last

**Spouse's Social Security Number (SSN):**

- Si los hubiera, proporcione detalles sobre matrimonios previos.
  - Si nunca se ha casado, seleccione *No* y avance.

**Did you have any prior marriages?** [More Info](#)

Yes  No

**Did you have any prior marriage that lasted at least 10 years?**

Yes  No

**Did you have any prior marriage that ended due to your spouse's death?**

Yes  No

- Si corresponde, proporcione información acerca de sus hijos.
  - Si no tiene hijos, seleccione *No* y avance.

Do you have any children?  
 Yes  No

---

Did any of your children become disabled prior to the age of 22?  
 Yes  No

---

Are any of your children unmarried and under age 18?  
 Yes  No

---

Are any of your children unmarried, aged 18 to 19, and still attending element school (below college level) full time?  
 Yes  No

- Proporcione información sobre otros programas de Seguro Social a los cuales haya aportado.
  - Esto solo corresponde si usted o su cónyuge laboró fuera de los Estados Unidos y aportó Impuestos de Seguro Social a un programa de Seguro Social de otro país.
  - La segunda pregunta tiene que ver con su estado de cuenta de Seguro Social. Esta es la información que apareció cuando creó su cuenta de my Social Security.

### Foreign Social Security

---

Did you ever work outside the United States? [More Info](#)  
 Yes  No

---

Did your spouse work outside the United States? [More Info](#)  
 Yes  No

### Social Security Statement

---

Do you agree with your earnings history as shown on your Social Security Statement?  
[More Info](#)  
 Yes  
 No  
 Not sure or I do not have a statement

- Proporcione información sobre sus ingresos actuales y futuros.
  - Está bien si proporciona un cálculo estimado si no conoce la respuesta precisa.
  - Si en la actualidad no está laborando y no sabe si pronto obtendrá empleo, responda *No* a la segunda pregunta.
  - Los pagos especiales se refieren a cosas tales como adelantos de salario o pagos debidos de un año previo.

### Total Earnings for 2021

---

Show the total of all wages and tips that will be earned in 2021. [More Info](#)  
 Estimate if necessary.  
 \$

---

Are you working outside the United States for salary, wages, or self-employment?  
 Yes  No

### Total Earnings for 2022

---

Show the total of all wages and tips that will be earned in 2022. [More Info](#)  
 Estimate if necessary.  
 \$

---

Will you work outside the United States for salary, wages, or self-employment?  
 Yes  No

### Special Payments

---

Do any of the total earnings include special payments paid in one year but not in the following year?  
[More Info](#)  
 Yes  No

- Proporcione detalles sobre trabajos que no le exigían aportar impuestos de Seguro Social.
  - Algunos empleos aportan a una pensión especial y no requieren que se le descuenten impuestos de Seguro Social.
  - Algunos tipos de empleo independiente también podrían encajar en esta categoría.

Did you ever work in a job where U.S. Social Security taxes were not deducted?  
[More Info](#)  
 Yes  No

- Proporcione detalles en cuanto a una cuenta bancaria que pueda usarse para depósito directo de los beneficios, de ser aprobados.

→ El depósito directo es una forma rápida y conveniente para obtener sus beneficios, al enviarlos electrónicamente a su cuenta bancaria.

→ Si no tiene una cuenta bancaria que pueda utilizar para depósitos directos, o si no conoce su número de cuenta y número de enrutamiento, puede seleccionar *No* y un representante del Seguro Social le ayudará a configurar su cuenta, en caso de aprobarse sus beneficios.

- Proporcione información sobre sus planes de solicitar Ingreso de Seguridad Complementario (SSI) y sobre solicitudes previas de Seguro Social, SSI y Medicare.

→ **Le recomendamos que solicite su SSI.**

The SSI program pays benefits to people age 65 and older or blind or disabled adults under 65 who have limited income and resources. [More info](#)

Do you intend to apply for Supplemental Security Income?  
 Yes  No

- Las siguientes dos preguntas de esta sección podrían ser difíciles.
  - La pregunta uno busca saber si usted se lesionó en el trabajo o debido a la naturaleza de su trabajo.

Are your illnesses, injuries or conditions related to work in any way?  
 Yes  No

→ Para la pregunta dos, responda *Yes (Sí)* únicamente si usted es capaz de laborar y su ingreso bruto es mayor que el SGA (este monto es fijado por la SSA y cambia todos los años: [ssa.gov/oact/cola/sga.html](https://ssa.gov/oact/cola/sga.html)).

Are you now able to work?  
 Yes  No

- Proporcione información sobre beneficios por indemnización laboral o ingresos que haya recibido luego de haber dejado de trabajar.
  - El dinero de un empleador se refiere a vacaciones o pago por enfermedad que le es debido o pagos de salario que continuaron durante un período en el cual usted no podía laborar.

Have you applied or intend to apply for any workers' compensation or other public disability benefits? [More info](#)  
 Yes  No

#### Money from Employer

Have you received money from your employer on or after the date you became unable to work?  
 Yes  No

Do you expect to receive any money from your employer in the future?  
 Yes  No

- Si corresponde, proporcione información sobre los miembros de su familia que usted cuida.
  - Puesto que ha indicado que tiene una discapacidad, el Seguro Social necesita saber si hubo años en los cuales usted cuidó de un niño menor de 3 años, y en ese año no devengó ingresos. El Seguro Social necesita esa información para darle crédito por los años en los cuales no pudo laborar por haber estado cuidando de un niño pequeño. Se puede dar crédito por hasta 6 años.



Do you have a parent who receives one-half support from you?  
 Yes  No

---

**Child Care Years**

Do you have any years with no earnings in which you were caring for a child under the age of 18?  
 More Info  
 Yes  No

- Proporcione detalles adicionales en la sección de *Observaciones*.
  - Si está experimentando la falta de vivienda o corre riesgo de experimentar la, o si está experimentando violencia doméstica y le preocupa su seguridad, asegúrese de incluir esta información.
  - Responda a todas las preguntas para las cuales necesita calcular la respuesta.

Please provide any additional information or remarks you want to send with this application. If you estimated any dates, places, or amounts, please explain. For example, if you estimated marriage, please explain. There is a limit of 750 characters (about 15 lines).

I am currently experiencing homelessness. I was evicted from my apartment on October 16, 2021, and have been staying at New House Shelter ever since.  
 I am not sure about my earnings in 2021, this amount was estimated to the best of my ability.

- Proporcione información acerca de una *Persona designada adelantada*.
  - Si piensa que tendrá dificultades para manejar su dinero, si se le otorgan beneficios, puede proporcionar la información de una persona de confianza que podrá ayudarlo.
  - Si decide nombrar a una *Persona designada adelantada* aquí, asegúrese de que sea una persona segura y de confianza, porque tendrá acceso a todos los pagos de beneficios del Seguro Social que se le otorguen.

**If You Need Help Managing Your Benefits in the Future**

**What is Advance Designation?**

If you qualify for benefits, you will be responsible for managing or directing the management of the benefits. In the event SSA later determines that you have become unable to do so yourself, we will then name a third party as a Representative Payee to receive and manage the benefits on your behalf. You have the option to provide contact information for individuals you would like us to consider in the future if you are unable to manage your benefits. We refer to these three contacts as Advanced Designees. You may visit <https://www.ssa.gov/payee/> to learn more about Representative Payees.

**What You Need to Know**

- You can make updates or change the order of priority of your Advance Designees(s) at any time by:
  - signing in to your [my Social Security](#) account
  - calling us toll-free at 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778)

- Examine la información y proporcione una firma electrónica.
  - Una vez que haya marcado esta casilla, la primera porción de su solicitud será enviada a la oficina local del Seguro Social.
  - Todavía le será necesario llenar la porción siguiente de la Solicitud por Discapacidad en línea.

I agree with the Electronic Signature Agreement above.

**Warning** You will no longer be able to change this information once you continue to the next step.

When you select "Accept & Continue" below, you will be sending this completed information electronically to the Social Security Administration. Please make sure that everything is correct before continuing. Once you complete the remaining steps in the process, you will receive a receipt of all of the information you have provided.

- Otorgue autorización al Seguro Social para que obtenga información de su salario y empleo.
  - Si no selecciona Yes (Sí) para esta autorización, el Seguro Social no podrá procesar su solicitud.

Do you give us authorization to obtain your wage and employment information from your employer for the Social Security Disability Insurance (SSDI) program?  
 Yes  No

### 3 Proporcione la información de su discapacidad

- Ingrese **TODAS** las condiciones que experimenta.
  - Esto incluye sus condiciones de salud física y mental.
  - Aun si usted cree que su condición es leve, ¡menciónela!

**1st Condition:**  
 Depression

**2nd Condition:**  
 Back Pain

**3rd Condition:**  
 Arthritis

- Proporcione detalles adicionales sobre su salud.
  - Está bien dar valores aproximados si no conoce su estatura y peso precisos.

What is your height without shoes?

5' 7"  
Feet Inches

---

What is your weight without shoes?

180  
lbs.

→ Responda *Yes* (Sí) a las preguntas de tratamiento aun si el mismo proveedor de servicios de salud que trata sus condiciones físicas trata también sus condiciones mentales.

**Treatment**

Have you seen a doctor or other healthcare professional or received treatment at a hospital or do you have a future appointment scheduled?

For any physical condition(s):  
 Yes  No

For any mental condition(s):  
 Yes  No

- Proporcione la información de alguna persona aparte de su médico que conozca sus condiciones (p. ej., un familiar, amigo o gestor de casos).  
 → El Seguro Social podría comunicarse con esta persona para obtener información adicional.

Do you know someone we can contact about your condition?  
 Yes  No

Name:  
 Mary Katherine Johnson  
 First Middle Last Suffix

Relationship to You:  
 Family Member

- Proporcione detalles sobre todos los médicos o profesionales de la salud que hayan tratado sus condiciones de salud física o mental.  
 → Utilice las notas que apuntó en la sección *Preparación para el proceso de solicitud* de esta guía para avanzar más rápidamente por esta parte.

- Responda a las preguntas de la manera más completa posible.
- **No** proporcione información sobre hospitales ni clínicas aquí.

**Doctor/Healthcare Professional Details**

Name of Doctor/Healthcare Professional: [More Info](#)

Dr. Isaiah Johnson  
 Title First Last Suffix

Office Name or Clinic, if applicable:  
 Johnson Family Practice

**Medical Conditions Treated by this Doctor/Healthcare Professional**

What medical conditions were treated or evaluated by this doctor/healthcare professional?  
 Examples: back injury, arthritis, diabetes, depression, blind. (1000 characters maximum)

Depression, back pain, emphysema, high blood pressure.

- Proporcione detalles sobre hospitales o clínicas en donde haya recibido tratamiento.
- Repase la información sobre los medicamentos que le hayan recetado.  
 → Si no aparece un medicamento que usted está tomando, puede pulsar el botón *Add* (Añadir).

**Medicines**

If you do not have any more medicines to enter, click the **Next** button. Please make sure to include prescription and over the counter medicines that you are taking.

Status	Name of Medicine	Reason	Prescribed/Recommended by	Actions
<input checked="" type="checkbox"/>	Diazepam	Nothing Entered	Dr. Isaiah Johnson	Edit D

→ Add

- Proporcione la información sobre otros proveedores de tratamiento si los hubiera.  
 → Tratamiento por abuso de sustancias, programas de capacitación laboral, tratamiento en la cárcel o prisión, etc.

**Other Medical Record Details**

Name of Place:  
 Charities Substance Abuse Counseling

Name of Contact:  
 John Smith

- Proporcione la información de sus antecedentes laborales.
  - Responda *Because of my condition* (Debido a mi condición) si alguno de sus síntomas le causó dificultades para permanecer laborando.
    - Por ejemplo: «Me despidieron del trabajo porque el dolor de espalda me impedía realizar trabajos manuales».
    - Por ejemplo: «Renuncié a un trabajo porque la depresión me dificultaba levantarme de la cama por las mañanas».

**When did you stop working?**  
If you don't know the exact date, enter the closest date you can remember.

January 9 2021  
Month Day Year

**Why did you stop working?**

Because of my condition  
 Because of my condition AND other reasons  
 Because of other reasons

**Did your condition(s) cause you to make changes in your work activity before you were working?** [More Info](#)

Yes  No

- Proporcione la información de los empleos que ha desempeñado en los últimos 15 años.
  - Utilice las notas que apuntó en la sección *Preparación para el proceso de solicitud* de esta guía.
  - La remuneración incluye las horas que se le pagaron por desempeñar trabajo.
  - La remuneración no incluye pago por vacaciones, enfermedad o discapacidad.
  - Proporcione tanto detalle como le sea posible sobre sus empleos previos.

**Most Recent Job**

**Job Title:**  
Pharmacy Technician

**Type of Business:**  
Pharmacy

**Start Date:**  
January 2008  
Month Year

**End Date:**  
January 2021  
Month Year

**Hours per Day:**  
8

**Days per Week:**  
5

**Rate of Pay:**  
\$ 15  
Amount

**Job Details**

**Describe this job: What did you do all day?**  
If you need more space, use the Remarks tab. (1000 characters maximum)

I help the pharmacist fill prescriptions from patients. I answered phones and used the computer to verify prescription information and insurance coverage. When customers came to pick up medications, I checked the dosages, charged the patients, and used the cash register to bill them up. I stocked inventory and let the pharmacist know when ingredients were running low.

**Please describe what you lifted, how far you carried things, and how often you were required to do so in your job:**  
if you need more space, use the Remarks tab. (1000 characters maximum)

I lifted boxes of medications and carried them about 20 feet to stock the shelves. Then, I removed inventory from boxes and placed it on designated shelves. This involved a lot of bending and stooping.

- Proporcione algunos detalles sobre su educación, capacitación y los idiomas que habla.
  - El Seguro Social utilizará esta información para tomar una decisión en cuanto a su capacidad de desempeñar otros trabajos diferentes de los que ha desempeñado en el pasado.
  - Si no terminó la escuela, indique el último grado que terminó.
  - Si recibió ayuda adicional en la escuela, marque Yes (Sí) en la pregunta sobre educación especial.

**Highest Grade Completed:**  
If you did not complete the entire school year, select the previous year that you completed. If education equivalent to high school from another country, select 12th Grade.

12th Grade

**Date Completed:**  
Enter the date when you most recently completed a school year as close as you can remember.

May 2008  
Month Year

**Training**

Have you completed any type of specialized job training, trade or vocational school?  
 Yes  No

**Type of Program:**  
 If you need more space, use the Remarks tab. (1000 characters maximum)

I went to a career training program to get my Pharmacy Technician certificate

- Proporcione información adicional que estime que el Seguro Social debiera conocer en la sección de *Observaciones*.
  - Si se prevé que su condición le causará la muerte, asegúrese de mencionarlo aquí.
  - Mencione otros números telefónicos que pudieran usarse para contactarle.


**Please provide any additional information you want to include:**  
 (2000 characters maximum)

I am currently staying at a shelter with no income. My dates of employment are estimated. I was in Special Education in High Sch because I had trouble paying attention in class and needed extra help reading questions on tests and other assignments. My treatment dates with Doctor John are estimated.

- Examine los detalles que ha ingresado y pulse enviar.
  - **¡Asegúrese de examinar esta información minuciosamente!**

**⚠ You will not be able to change your information once you continue to Step 3.**

When you select "Accept & Continue to Step 3" below, you will have completed Step 2. Please ensure that everything you provided is correct before you continue to Step 3.

**Accept & Continue to Step 3**  Save & Exit

- Coloque su firma electrónica en el formulario de Autorización de Información Médica.
  - Si inició esta solicitud sin haber creado su cuenta de my Social Security, le será necesario firmar manualmente una copia impresa de su solicitud.



I voluntarily authorize and request disclosure of all my medical records; also education records and other information related to my ability to perform work.

I agree to **electronically sign** the Medical Release Form and submit it with my completed benefit application. My electronic signature is the same as my handwritten signature. (Recommended)

[Click here to print, sign and mail a paper copy of the Medical Release Form after submitting your completed benefit application. I understand this may delay the processing of my disability claim.](#)

- ¡Despliegue su recibo e imprímalo!
  - Guarde estos registros en un lugar seguro.
  - ¡Felicitaciones, su solicitud por discapacidad ha sido enviada!

**View & Print the following:**

- [Your Receipt](#)
- [Electronically Signed Medical Release Form](#)

We recommend that you keep a copy of each for your records

# QUÉ ESPERAR LUEGO DE ENTREGAR SU SOLICITUD DE DISCAPACIDAD EN LÍNEA

## Confirmación

Inmediatamente después de haber entregado su Solicitud por Discapacidad en línea, recibirá un mensaje de confirmación por correo electrónico del Seguro Social.

- ¡Esto le confirma que su solicitud fue enviada con éxito!
- Una vez que reciba el mensaje de confirmación por correo electrónico, podrá verificar el estado de su solicitud en cualquier momento usando su cuenta de my Social Security.

## Seguimiento del Seguro Social

Si la Administración de Seguro Social necesita más información sobre su solicitud, un funcionario de la oficina local ([ssa.gov/locator](https://ssa.gov/locator)) le contactará.

- Si también presentó solicitud de SSI, la oficina de campo de la SSA se comunicará con usted para que finalice la solicitud de SSI por teléfono o en persona (en horas laborales).
- También podría recibir un correo del Seguro Social. Si recibe formularios del Seguro Social, asegúrese de llenarlos y enviarlos lo antes posible.

## Servicios de determinación de discapacidades

Una vez que la oficina local del Seguro Social tenga toda la información que necesita, transferirá su solicitud a la oficina de Servicios

de Determinación de Discapacidades (DDS) de su estado. Esta parte del proceso de solicitud puede tardar hasta 6 meses.

- La oficina de DDS asignará su solicitud a un Examinador de Discapacidades que examinará sus antecedentes médicos y laborales.
  - La página 16 brinda más orientación en los tipos de información que pueden enviarse a DDS.
- Los Examinadores de Discapacidades usualmente envían cuestionarios adicionales que deberá llenar y entregarlos lo antes posible.
  - Si no entrega los cuestionarios, su solicitud podría ser denegada.
  - Consulte la página 21 para obtener más información sobre los cuestionarios de DDS.
- Algunas veces el Examinador de Discapacidades asignado a su caso programará una cita conocida como CE.
  - Es necesario que llame al número indicado en el aviso de la CE para confirmar su cita.
  - Asegúrese de informarle al examinador si tendrá algún inconveniente para acudir a la CE; éste podría ayudarle a hacer arreglos de transporte.
- Cuando el Examinador de DDS tenga suficiente información para tomar una decisión en cuanto a su caso, la remitirá al Seguro Social.

## Evaluación de la decisión

- El Seguro Social evaluará la decisión y le enviará una carta de determinación.
  - Si su caso ha sido aprobado, el Seguro Social le notificará por correo postal.
  - La agencia de Seguro Social podría programar una entrevista por teléfono o en persona para hacer los arreglos de pago.
  - Algunos beneficiarios necesitarán tener un Representante Beneficiario. Consulte la página 20 para más información sobre esto.
- Si su caso es denegado, el Seguro Social le enviará una carta que explica la decisión. Esta carta también explicará qué hacer si usted no está de acuerdo con la decisión y desea apelarla.

## Avisos de decisión

- Tenga en mente que usted probablemente solicitará beneficios de dos programas de discapacidad diferentes, el SSI y el SSDI. Esto significa que podría recibir un aviso de denegación de un programa de beneficios, mientras que la SSA continúa evaluando su elegibilidad para el otro programa de beneficios.
  - Por ejemplo, si no tiene suficientes créditos de cobertura para ser asegurado con SSDI, se le podría denegar dicho programa mientras que su solicitud de SSI continúa pendiente.
  - Si recibe un aviso de denegación por correo, llame a la agencia de Seguro Social o consulte su cuenta de my Social Security para verificar el estado de sus solicitudes.

# DOCUMENTACIÓN DE APOYO



El Examinador de Discapacidades podrá usar más que sus antecedentes médicos para tomar una decisión en cuanto a su discapacidad. Esta página menciona otros tipos de evidencia que puede brindarle a DDS y cómo presentar dicha información al Examinador de Discapacidades que le haya sido asignado.

## Carta de su empleador

- Sus empleadores tienen una buena perspectiva en cuanto a su capacidad de desempeñar las obligaciones laborales.
- Si usted mantiene una relación con un empleador previo, solicítele que redacte una carta que explique las limitaciones, adaptaciones especiales que se requirieron, u otros detalles que ayuden a describir cómo sus condiciones de salud física y mental le impactaron en el empleo.
  - Consulte la página 17 para una muestra de una carta de un empleador.

## Carta de un familiar o amistad (fuente colateral)

- Una carta de un miembro de la familia o una amistad de confianza, también conocidos como fuentes colaterales, puede ayudar al Examinador de Discapacidades a «ver» el impacto que sus condiciones tienen sobre su capacidad de desempeño.
- La carta puede incluir información sobre cómo sus condiciones impactan su capacidad de cuidado personal, de socializar, de cuidar de su hogar y mantener un empleo.
  - La página 18 contiene una muestra de una carta de una fuente colateral.

## Diario

- Anteriormente en esta guía le recomendamos que lleve un diario sobre sus síntomas. ¡Puede entregar ese mismo diario a DDS!

## Carta de un proveedor de tratamiento

- Puede solicitarle a su médico, enfermero/a practicante, asistente médico o terapeuta ocupacional/físico que redacte una carta que describa la gravedad de sus síntomas y su pronóstico.

## Nuevos registros de tratamiento

- Es probable que continúe acudiendo a citas y pruebas, y quizás hasta tenga que hospitalizarse mientras espera la decisión sobre su solicitud de SSI/SSDI.
  - Entregue todo registro nuevo a DDS tan pronto como sea posible luego de haber recibido el tratamiento.

## Cómo entregar cartas y registros adicionales

- Existen varias maneras de presentar sus cartas y documentación adicional a la SSA y a DDS.
  - Puede enviar todos sus documentos directamente a su agencia local de la SSA.

- Asegúrese de incluir su nombre completo, fecha de nacimiento y número de Seguro Social en todos los documentos para que sean incorporados correctamente a su expediente.  
→ Puede entregarlos al examinador de DDS.
- Una vez que DDS haya recibido su solicitud, recibirá una carta por correo con el número de contacto del examinador asignado a su caso.
- Llame al examinador e indíquele que tiene información adicional que desea entregar.



# MUESTRA DE CARTA DE EMPLEADOR EN APOYO A RECLAMO DE SSI/SSDI

3 de agosto de 2021

Servicios de determinación de discapacidades  
P.O. Box 9999  
Mi Pueblito, EE. UU.

Ref.: Juárez, Juana

A quien concierna:

La Sra. Juana Juárez fue contratada como asistente en nuestro hogar de ancianos y laboró aquí del 2017 al 2019 en un cargo a tiempo completo. Durante los años que la Sra. Juárez laboró aquí, se vio precisada a tomar una cantidad importante de licencias por enfermedad. Sin embargo, debido a que ella era muy apreciada por nuestro personal y pacientes, le concedimos dichas licencias. En el último año, ella no ha podido desempeñar sus labores sin tener alguien que la acompañe prácticamente todo el tiempo. Frecuentemente se sentía confundida y necesitaba ayuda para finalizar sus tareas asignadas a su debido tiempo. Inicialmente, otros miembros del personal estaban dispuestos a apoyar a la Sra. Juárez, puesto que ella es muy gentil, agradable y agradecida. No obstante, con el paso del tiempo se hizo imposible para nosotros continuar brindando tal nivel de apoyo, y nos vimos obligados a liquidarla. Lamentamos haber tenido que hacerlo.

Si tiene preguntas adicionales, por favor comuníquese conmigo al 640-782-9876.

Atentamente,

Clara Barton, RN  
Supervisora de Enfermería

# MUESTRA DE CARTA DE UNA FUENTE COLATERAL

5 de junio de 2021

Servicios de determinación de discapacidades  
P.O. Box 5555  
Gran Urbe, Nuevo Estado 44124

Ref: Samuel Sotelo  
Fecha de nacimiento: 7/5/77

A quien concierna:

Soy la madre de Samuel Sotelo, quien ahora tiene 27 años. Por mucho tiempo, Samuel vivió conmigo. El año pasado ya no me fue posible mantenerle conmigo porque deambulaba mucho por las noches, hablando en voz alta cuando estaba despierto, y me decía cosas muy extrañas, como por ejemplo, que yo no era su madre. Tuve que pedirle que se fuera porque trabajo y no podía continuar trabajando si no lograba dormir.

Por algo de tiempo, Samuel trabajó de manera informal, pero no lograba mantener un empleo. Decía que la otra gente en el trabajo estaba en su contra, o que sus jefes le acusaban de hacer cosas indebidas. Al principio le creía, pero después empecé a preguntarme cómo podía suceder esto en muchos empleos diferentes. Él abandonó la búsqueda de trabajo y pasó a quedarse en su habitación. A veces me decía que yo estaba tratando de darle comida mala y se negaba a comer.

No sabía qué hacer. Nunca habíamos tenido problemas antes y no me había percatado de que lo que Samuel estaba haciendo eran señales de una enfermedad. Finalmente, un día él se molestó tanto conmigo que sentí temor y llamé a la policía. Cuando llegaron, él se enojó con ellos y ellos se lo llevaron al hospital. Estuvo recluso un par de semanas y luego me dijeron que tenía esquizofrenia. Él regresó a la casa y por un tiempo estuvo mejor, pero luego volvió a sus viejos hábitos.

En este momento, Samuel no hace nada. Ha dejado de tomar la medicina que le dieron porque dice que no le gusta. A veces va a la clínica y se reúne con personas allí, pero esto no lo hace tan a menudo como debiera hacerlo. También dice que no confía en esa gente y que ellos solo están buscando encerrarlo de nuevo.

Samuel ha cambiado mucho. Antes era brillante e ingenioso. Ahora parece confundirse fácilmente cuando le hago preguntas. Se olvida de hacer cosas y no me dice mucho acerca de su vida y de lo que hace. Siempre parece estar distraído y estar pensando en otra cosa, aun cuando le estoy hablando y él dice que me está escuchando. Sé que él escucha voces y ruidos, y ese es un problema grave. Creo que esas voces le dicen cosas que lo asustan.

Espero que puedan darle ayuda a mi hijo. He tratado de conseguirle ayuda, pero mi trabajo no paga muy bien, así que no es mucho lo que puedo hacer. Si conocen de un lugar donde pudiera recibir ayuda, lo apreciaría mucho. Tener algún ingreso le ayudaría a pagar por un lugar dónde vivir, y eso le ayudaría mucho también. Gracias por leer mi carta. Espero que esto ayude. Pueden llamarme al trabajo, al 999-456-2345.

Atentamente,

Sara Sotelo

# DIARIO MÉDICO

Llevar un diario es una forma magnífica de darle seguimiento e identificar los síntomas y las luchas que experimenta a diario. Esta información no siempre podría salir a la luz durante la terapia o las citas médicas, de modo que escribirlas a diario le ayudará a brindar la evidencia necesaria para documentar su discapacidad antes de que entregue su solicitud al Seguro Social.

## Sugerencias para el diario

- **Procure escribir todos los días.** Dedique unos cuantos minutos de cada día a escribir. Esto le ayudará a escribir en su diario todos los días.

→ **Sugerencia:** Programe un recordatorio para escribir en su diario todos los días.

- **Ayude a que sea fácil.** Siempre tenga bolígrafo y papel a la mano. De ese modo, cuando quiera escribir sus pensamientos, podrá hacerlo. También puede llevar su diario en su teléfono inteligente. Existen aplicaciones que puede usar, o puede usar la función de escribir notas.
- **¡Póngase a escribir!** Escriba unas cuantas notas sobre sus actividades cotidianas, su estado de ánimo, los desafíos y las citas.

## Ejemplos de entradas en un diario

1 de julio de 2021: Hoy tuve un día difícil. Me desperté a las 11, dos horas más tarde de cuando debía. Me sentí tan cansado por haberme quedado despierto toda la noche. Sencillamente no podía pararme de la cama. Porque me quedé dormido, perdí mi cita en el centro de entrega de comida. Fui a la tienda de la esquina y me compré un sándwich para el desayuno y el almuerzo. Caminé dos cuadras más para llegar al parque de más abajo. Eso hizo que me doliera la espalda mucho. Tuve que sentarme en una banca para descansar por casi una hora. Caminé de regreso a casa como a las 2 pm y tomé una siesta. Una pesadilla me despertó. Después de eso, sentí mucho temor de salir de mi apartamento y me quedé allí el resto del día. Sentía tanta ansiedad que no pude ni cenar. Son las 11 pm ahora y

voy a tratar de dormir, pero la ansiedad me está dando un chorro de ideas. No creo que lograré dormir mucho esta noche.

2 de julio de 2021: ¡Acerté! Anoche no logré dormir nada. No podía dejar de pensar en la pesadilla que tuve durante la siesta, y en los malos recuerdos que me dio. He estado caminando de un lado a otro de mi apartamento todo el día. Tengo una cita de consejería a las 3 pm, pero voy a pedirle al terapeuta si podemos tener la cita por teléfono porque me siento demasiado nervioso para salir de mi apartamento.

2 de julio de 2021: Ahora son las 6 pm. Me alegra que me reuní con mi terapeuta por teléfono. Ella me recomendó que me tomara una Altivan para ayudarme con la sensación fuerte de ansiedad que tengo. Ahora me siento como un zombie. Estoy tan agotado que apenas puedo escribir esto. Necesito acostarme.

3 de julio de 2021: Me siento mejor hoy. Hablé con mi terapeuta por una hora ayer y ella me ayudó a procesar parte de mi ansiedad. Probamos un ejercicio de respiración nuevo. Esta mañana desperté sintiendo esperanza de poder asistir a la noche de cocina en familia.

3 de julio de 2021, 11 p.m.: Fui a la cocina en familia, y me alegro de que lo hice, pero no me fue fácil. Al principio, me alegró estar con mi familia, pero luego me empezó a volver la ansiedad. Tuve que caminar 3 veces por el vecindario para calmarme. Me quedé tiempo suficiente para beberme un refresco y comerme una hamburguesa, y luego le pedí a mi tío que me llevara a casa. Estoy en mi habitación, temblando. Solo quiero relajarme y dormirme sin preocuparme tanto. Creo que voy a tener otra noche larga. Quiero tomarme una Altivan para que me ayude a dormir, pero detesto que me hace sentirme como un zombie. No hay manera de ganarle a la ansiedad. O soy un manojo de nervios cuando no me tomo el medicamento, o apenas puedo mantener los ojos abiertos cuando sí lo tomo.

# EXÁMENES DE CONSULTA



Si el Examinador de Discapacidades necesita más evidencia médica para tomar una decisión en cuanto a su solicitud, podría programar un Examen de Consulta (CE). El CE es una evaluación llevada a cabo por un contratista, que es programada y pagada por la oficina de DDS para obtener información adicional, según la necesite.

## ¿Quién realiza un CE?

Las reglas de la SSA disponen que el CE deberá ser realizado por un «recurso médico aceptable».

- Esto incluye a médicos, psicólogos y otros proveedores médicos.
- DDS mantiene una lista de proveedores que contratan en la comunidad que están dispuestos a realizar los CE.
- El CE puede ser realizado por su médico o psicólogo tratante, si éste ha sido contratado como proveedor de CE.
  - La ventaja es que usted podría sentirse más cómodo/a con un proveedor al que conoce.
  - Su propio médico puede brindarle una actualización en el contexto de tratamientos previos.
  - Si se le ha programado para un CE, llame al examinador de DDS para ver si es posible reprogramarlo con su proveedor de tratamiento preferido.

## Beneficios de un CE

Los CE pueden aportar información valiosa que apoye un reclamo.

- Los CE proporcionan una evaluación actualizada.
- Son útiles cuando no se tienen disponibles exámenes o evaluaciones sin costo o a bajo costo en la comunidad.

- Estos exámenes pueden tener el formato de pruebas psicológicas o neurológicas, o pruebas para diagnóstico médico (tales como pruebas de laboratorio, estudios radiológicos o evaluaciones por especialistas).

## ¿Qué hacer si le programan un CE?

Si necesita un CE, DDS le enviará una notificación del CE que necesita y la fecha del mismo.

- Es sumamente importante que acuda a la cita, después de faltar a una o dos citas sin seguimiento, la agencia de DDS usualmente deniega la solicitud.
- Haga todo esfuerzo posible por acudir a la cita.
  - Pídale a alguien de su confianza que le acompañe, de ser posible.
- Es importante ser honesto y abierto y «contar sus luchas» al examinador de consulta.
- No se requieren preparativos ni vestimentas especiales.
  - Lo mejor es que el examinador le vea en un día común o regular, vistiendo sus ropas usuales.
  - Podría ser útil traer una lista de los medicamentos que toma y de sus síntomas.
  - Algunos examinadores permiten que un acompañante de apoyo acuda a la cita con usted.

# BENEFICIARIOS REPRESENTANTES



Algunas veces, la agencia del Seguro Social requiere que se designe a un Beneficiario Representante que ayude a gestionar los pagos por discapacidad. El beneficiario representante puede ser una persona o una organización. Las responsabilidades principales de este beneficiario representante son utilizar los beneficios para pagar por sus necesidades actuales y futuras, y ahorrar los beneficios que no se necesiten para cubrir necesidades actuales. El beneficiario representante deberá llevar un registro de los gastos. Cuando la SSA solicite un informe, el beneficiario representante deberá entregar un estado de cuenta a SSA de cómo se han utilizado o ahorrado los beneficios.

## Responsabilidades de un Beneficiario Representante

El beneficiario representante recibe sus pagos en su nombre y deberá utilizar el dinero para pagar por sus necesidades actuales.

- Las necesidades pueden incluir las siguientes:
  - Vivienda y servicios públicos
  - Alimentación
  - Gastos médicos y dentales
  - Artículos de cuidado personal
  - Ropa
  - Gastos de rehabilitación
- Luego de haber pagado los gastos antes mencionados, su beneficiario representante podrá usar el dinero restante para pagar cuentas morosas que pudiera tener, apoyar a sus dependientes, o proveerle medios de entretenimiento. Si hay dinero sobrante, su beneficiario representante deberá ahorrarlo.
- El beneficiario representante deberá guardar registros precisos de los pagos y gastos y reportar dicha información regularmente al Seguro Social. El beneficiario representante también deberá compartir esa información con usted.

## ¿Cómo escoge la SSA a un Beneficiario Representante?

La SSA intentará seleccionar a alguien que le conozca y que desee ayudarlo. La preocupación principal de la SSA es que su representante sea alguien que se vea con usted frecuentemente y que conozca sus necesidades. Por ese motivo, si usted vive con alguien que le ayuda, la SSA usualmente escogerá a esa persona como su beneficiario representante.

- Si usted no cuenta con alguien que pudiera servir como su Beneficiario Representante, existen algunas alternativas:
  - Organizaciones de servicios sociales
  - Hogares de ancianos
  - Organizaciones independientes de beneficiarios representantes

## Preguntas frecuentes sobre Beneficiarios Representantes

- ¿Qué pasa si no conozco a nadie que pudiera ser mi Beneficiario Representante?
  - Si no tiene a alguien en mente que pudiera servir como su Beneficiario Representante, informe de ello a la agencia local de SSA. Ésta podrá ponerle

en contacto con una agencia que ofrezca servicios de Beneficiario Representante.

- ¿Qué sucede si no estoy de acuerdo con la decisión del Seguro Social de asignar a un Beneficiario Representante?
  - Si no está de acuerdo en que necesita a un beneficiario representante, o si desea a un representante diferente, tiene 60 días para apelar dicha decisión por medio de enviarle una carta al Seguro Social.
- ¿Cómo puedo comunicarme con el Seguro Social sobre las preguntas que tenga en cuanto a Beneficiarios Representantes?
  - Llame al número sin cargo del Seguro Social, 1-800-772-1213, entre las 8:00 a.m. y las 5:30 p.m. en días hábiles.

# HOJAS DE TRABAJO DE DISCAPACIDAD



Para la mayoría de las personas, DDS envía unas hojas de trabajo que deberán llenarse. Estas hojas de trabajo incluyen información sobre su capacidad de funcionamiento y antecedentes laborales, y DDS la utiliza para determinar si califica para beneficios por discapacidad. Es importante que envíe esas hojas de trabajo utilizando el sobre preimpreso lo antes posible. Si no los envía, se le podría denegar su solicitud. Esta porción de la presente guía brinda información sobre los formularios siguientes: el Informe de Funcionamiento de Adultos SSA-3373 y el Informe de Antecedentes Laborales SSA-3369.

## SSA-3373: Informe de Funcionamiento de Adultos

- El Informe de Funcionamiento (SSA-3373) ayuda a DDS a obtener información acerca de cómo sus enfermedades y condiciones afectan su capacidad de funcionamiento y desempeño de tareas cotidianas.
  - Es importante que llene el formulario SSA-3373 usando sus propias palabras.
    - Describa las luchas que enfrenta en sus peores días.
      - Ejemplo: «Tengo dificultades para regular mis niveles de azúcar al menos 3 veces al mes. Cuando esto me sucede, no puedo cuidarme yo mismo. Me mareo y tengo que acostarme».
    - Describa situaciones específicas en las cuales sus síntomas impactan su capacidad de realizar tareas.
      - Ejemplo: «Cuando me doy una ducha, tengo que usar una silla especial. La neuropatía hace que mis piernas se sientan adormecidas y no puedo estar de pie por tiempo suficiente para lavarme el cabello en la ducha».
- Siempre amplíe las respuestas Sí/No con explicaciones más detalladas.
    - Ejemplo: «Sí, tengo dificultades para dormir. Mis pensamientos desenfrenados no me dejan dormir la mayoría de las noches. Pareciera como que no logro calmar mi mente. Después de haber estado despierto de 24 a 36 horas, caigo en la cama y no logro despertarme durante el día. Pierdo muchas de mis citas y me despidieron de mi último trabajo por ausentarme sin excusa debido a esto».
  - Al responder a preguntas sobre medicamentos, incluya los medicamentos con y sin receta y explique los efectos secundarios que impactan su capacidad de atender sus necesidades diarias o de trabajo.
    - Ejemplo: «La hidrocodona que tomo para el dolor de espalda me causa cansancio. El año pasado me quedé dormido en el trabajo luego de haber tomado la hidrocodona que me recetó el médico».



- Puede usar la sección de Observaciones al final de la hoja de trabajo o añadir páginas para escribir sus respuestas.
  - Cuando añada páginas, asegúrese de indicar a cuál pregunta corresponde la información.
- A continuación, se dan puntos importantes sobre la entrega del formulario SSA-3373 a DDS.
  - Es necesario enviar el formulario SSA-3373 a DDS menos de 10 días después de haberlo recibido.
  - La hoja de trabajo viene con un sobre preimpreso.
  - Coloque la hoja de trabajo llena y las páginas que haya añadido en el sobre y envíelo por correo postal.
  - La agencia de DDS pagará en franqueo, así que no se preocupe de colocarle sellos postales.
- Si no conoce las fechas precisas de sus labores, está bien si da un aproximado.
- Las páginas restantes de la hoja de trabajo hacen las mismas preguntas sobre cada uno de los empleos que se mencionaron en la página 1.
  - La tarifa de salario y las horas laboradas por día y por semana
  - El uso de máquinas, herramientas y otros equipos
  - La cantidad de actividades como flexionarse, estar sentado, caminar y similares
  - Si le era necesario escribir
  - Las obligaciones laborales básicas
  - Hay espacio para brindar descripciones adicionales sobre el trabajo que desempeñó
- Si no recuerda todos los detalles de un empleo anterior, escriba «No sé» o «desconocido», y explique si tiene dificultades de memoria en la sección Observaciones. Es importante que no deje preguntas sin responder.

## SSA-3369: Informe de Antecedentes Laborales

- La agencia de DDS utiliza el Informe de Antecedentes Laborales (SSA-3369) cuando necesita más información para determinar su capacidad para desempeñar trabajos previos u otros tipos de trabajo. Esta hoja de trabajo le pregunta sobre sus últimos cinco empleos y ayuda a la agencia de DDS a determinar el tipo de aptitudes de trabajo que usted posee.
  - El formulario SSA-3369 tiene espacio para mencionar los empleos que tuvo en los últimos 15 años antes de quedar incapacitado para laborar a causa de sus enfermedades, lesiones o condiciones. También tiene espacio para indicar las fechas en las que laboró (mes y año).
- También puede utilizar la sección de Observaciones para explicar cómo sus enfermedades o condiciones dificultan el desempeño de labores que antes desempeñaba.
  - Ejemplo: «Yo acostumbraba a levantar y cargar muchas cosas cuando trabajaba llenando los anaqueles, pero a causa de mis dolores de espalda, mi doctor me ha restringido a no levantar más de 5 libras».
- Proporcione detalles adicionales y otros empleos que haya tenido en la sección de Observaciones. Asegúrese de indicar

si requirió ayuda para llenar esta hoja de trabajo.

- Al igual que con el formulario SSA-3373, este formulario se envía a la agencia de DDS usando el sobre preimpreso.

## Preguntas frecuentes

- ¿Qué hago si no sé la respuesta a una pregunta?
  - Es posible que no tenga respuestas a todas las preguntas de las hojas de trabajo de DDS. Puede responder «No sé» o «No recuerdo».
- Tengo dificultades para leer las preguntas del formulario. ¿Qué hago?
  - Muchos solicitantes piden a un familiar o una amistad de confianza que les ayude a llenar estas hojas de trabajo. Hasta pudieran tener algunas observaciones sobre sus síntomas y su manera de funcionar que usted no ha observado.
- ¿Qué pasa si no hay espacio para escribir toda la respuesta a una pregunta?
  - Puede terminar de responder a una pregunta en la sección de Observaciones, al final de la hoja de trabajo.
  - Si se le acaba el espacio en la sección de Observaciones, puede añadir páginas al final de la hoja de trabajo.
- ¿Qué pasa si no envío la hoja de trabajo de regreso en el plazo de 10 días?
  - Llame al examinador de DDS e infórmele que se ha retrasado en llenar la hoja de trabajo y que la está enviando ahora.

# GUÍA DE RECURSOS PARA SOLICITANTES



Esta guía está prevista para brindarle recursos adicionales en la comunidad a solicitantes que no califican para recibir servicios de SOAR en \_\_\_\_\_ . Actualice toda la información siguiente con recursos locales.

## Representantes legales de bajo costo o sin costo

### Clínica de ayuda legal

→ Nombre: \_\_\_\_\_

 Teléfono: \_\_\_\_\_

 Email: \_\_\_\_\_

### Programa Legal universitario local

→ Nombre: \_\_\_\_\_

 Teléfono: \_\_\_\_\_

 Email: \_\_\_\_\_

### Abogado pro-bono

→ Nombre: \_\_\_\_\_

 Teléfono: \_\_\_\_\_

 Email: \_\_\_\_\_

### Colegio de abogados local

→ Nombre: \_\_\_\_\_

 Teléfono: \_\_\_\_\_

 Email: \_\_\_\_\_

### Otro abogado

→ Nombre: \_\_\_\_\_

 Teléfono: \_\_\_\_\_


 Email: \_\_\_\_\_

## Centros de rehabilitación vocacional y laboral

### Programa de rehabilitación vocacional

→ Nombre: \_\_\_\_\_

 Teléfono: \_\_\_\_\_

 Email: \_\_\_\_\_

### Centro de Empleos

→ Nombre: \_\_\_\_\_

 Teléfono: \_\_\_\_\_

 Email: \_\_\_\_\_

## Otros programas comunitarios

### Departamento de Servicios Humanos

 Teléfono: \_\_\_\_\_

### Agencia de Salud Mental de la comunidad

 Teléfono: \_\_\_\_\_

## Agencia local de la SSA

 Teléfono: \_\_\_\_\_

 Email: \_\_\_\_\_