

DOMANDA DI PRESTAZIONI
APPLICATION FOR BENEFITS

ACCORDO ITALO-STATUNITENSE IN MATERIA DI SICUREZZA SOCIALE
ITALY - U.S.A. AGREEMENT ON SOCIAL SECURITY

Riservato all'Ufficio competente
Do not write in this space

AVVERTENZE PER LA COMPILAZIONE - INSTRUCTION

Si prega di scrivere in stampatello o, comunque, in modo leggibile. Contrassegnare con **x** le caselle che interessano. Cancellare le voci che non interessano.

Please block print or write clearly. x the boxes that apply. Delete as necessary.

Con la presente domanda si richiedono tutte le prestazioni alle quali il lavoratore e gli altri familiari appresso indicati hanno diritto, in virtù dell'Accordo di sicurezza sociale fra gli Stati Uniti d'America e la Repubblica italiana, come sotto indicato.

I hereby apply for all benefits payable to me, and to the other family members I have listed herein, under the Social Security Agreement between the United States of America and the Italian Republic, as specified below:

| | | | |
|--|--|--|-----------------------------------|
| 1. Indicare se la presente domanda si riferisce a prestazioni da porre in pagamento a carico degli Stati Uniti d'America e dell'Italia: <i>Do you wish this to be considered as an application for benefits payable by the United States of America and the Italian Republic?</i> | | <input type="checkbox"/> SI/ YES | <input type="checkbox"/> NO NO |
| Nel caso di risposta negativa, indicare il nome dello Stato al quale la presente domanda si riferisce <i>If no, to which Country is this an application for benefits?</i> | | | |
| 2. Tipo di prestazioni richiesto: <i>For what kind of benefits are you applying?</i> | | | |
| <input type="checkbox"/> per anzianità o vecchiaia (*) <i>Retirement or Old-Age</i> | | <input type="checkbox"/> per invalidità <i>Disability</i> | |
| <input type="checkbox"/> per coniuge o figli di beneficiario di pensione di vecchiaia o d'invalidità <i>benefits to spouse or child of retirement or disability beneficiary</i> | | <input type="checkbox"/> per i superstiti <i>Survivor</i> | |
| 3. DATI RIGUARDANTI IL LAVORATORE - <i>INFORMATION ABOUT THE WORKER</i> | | | |
| a) Cognome e nome (per le donne coniugate, anche il cognome da nubile) <i>Full name (married women state maiden name too)</i> | | b) N° di posizione della Social Security <i>U.S. Social Security number</i> | |
| | | (**) | |
| c) Data di nascita <i>Date of birth</i> ____/____/____ <i>(mese, giorno, anno)</i> <i>(month, day, year)</i> | d) Luogo di nascita <i>Place of birth</i> | | |
| e) Stato civile <i>Marital status</i> (celibe, nubile, coniugato/a, vedovo/a divorziato/a, separato/a) <i>(Single, married, widower, divorced, separated)</i> | | f) Stato di residenza <i>Country of residence</i> | |
| g) Se invalido, indicare la data di inizio dell'invalidità <i>If disabled, give date of onset:</i> ____/____/____ <i>(mese, giorno, anno)</i> <i>(month, day, year)</i> | h) Se deceduto indicare: <i>If deceased, give:</i> - la data del decesso <i>date of death</i> ____/____/____ <i>(mese, giorno, anno)</i> <i>(month, day, year)</i> - il luogo del decesso <i>place of death</i> _____ | | |
| *) Il limite di età per aver diritto alla pensione di vecchiaia a carico dell'assicurazione statunitense è fissato a 62 anni. <i>The age limit to be entitled Old-Age benefits payable by the U.S. is 62.</i> | | | |
| **) Se sconosciuto, indicare il nome dei genitori, compreso il cognome da nubile della madre, al n. 9 (ANNOTAZIONI). <i>If not known, give worker's parent's names, including mother's maiden name, in item 9 (REMARKS).</i> | | | |

4. DATI RIGUARDANTI IL/LA RICHIEDENTE - INFORMATION ABOUT THE APPLICANT

| | |
|--|--|
| a) Cognome e nome (per le donne coniugate, anche il cognome da nubile) <i>Full name (married women state maiden name too)</i> | b) Relazione di parentela col lavoratore <i>Relationship to worker</i> |
| c) Data di nascita (mese, giorno, anno) <i>Date of birth (month, day, year)</i> | d) Luogo di nascita (città, paese, provincia, stato) <i>Place of birth (city, town, state, country)</i> |

5. DATI RELATIVI ALLE PERSONE A CARICO PER LE QUALI SI RICHIEDONO PRESTAZIONI FAMILIARI OVVERO AI RICHIEDENTI LA PENSIONE AI SUPERSTITI
INFORMATION ABOUT DEPENDENTS FOR WHOM FAMILY BENEFITS OR SURVIVOR BENEFITS ARE CLAIMED

| (a) Cognome e nome <i>Full name</i> | (b) Relazione di parentela col lavoratore <i>Relationship to worker</i> | (c) Data di nascita <i>Date of birth</i> | | |
|---|---|--|--------|--------|
| | | M M | G D | A Y |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

6. Indicare se il lavoratore di cui al Quadro 3 abbia svolto attività lavorativa in proprio, o alle dipendenze di terzi, coperta dal sistema di sicurezza sociale degli Stati Uniti d'America. nell'ultimo periodo di 24 mesi: _____ →

Indicate if the worker in item 3 engaged in employment or self-employment covered under the U.S. social security system during the past 24 months:

SI
YES NO
NO

Nel caso affermativo, indicare
If yes, indicate: ↓

| Periodi di attività lavorativa coperto dal sistema di sicurezza sociale degli Stati Uniti negli ultimi 24 mesi <i>Date of work covered by U.S. during past 24 months</i> | | Nome e indirizzo del datore di lavoro (nel caso di lavoro in proprio indicare "in proprio") <i>Name and address of employer (if self-employed, show "self")</i> |
|---|--|---|
| dal (mese, anno) <i>from (month, year)</i> | al (mese, anno) <i>to (month, year)</i> | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

7. Indicare se il/la richiedente autorizza la Social Security Administration a richiedere ed ottenere dal datore di lavoro le informazioni, in materia di retribuzioni, che sono necessarie per la definizione della presente domanda: _____ →

Indicate if the Social Security Administration may ask the employers for wage information needed to process this claim:

SI
YES NO
NO

8. DATI RIGUARDANTI IL SERVIZIO MILITARE DEL LAVORATORE NELLE FORZE ARMATE DEGLI STATI UNITI
 INFORMATION CONCERNING THE WORKER'S U.S. MILITARY SERVICE

Il lavoratore ha prestato servizio nelle Forze Armate degli Stati Uniti dopo il 7 settembre 1939? _____ →

Was the worker in the active Military or Naval service after September 7, 1939?

SI
YES

NO
NO

Se la risposta è SI, allegare documentazione di servizio militare.
 If yes, attach proof of military service.

9. ANNOTAZIONI - REMARKS

| | |
|---|---|
| FIRMA DEL/DELLA RICHIEDENTE SIGNATURE OF APPLICANT | Data (mese, giorno, anno) / Date (month, day, year) |
|---|---|

FIRMARE QUI / SIGN HERE



Numeri di telefono ai quali la Social Security Administration può chiamare il/la richiedente:
 Telephone number(s) at which the Social Security Administration may reach the applicant.

Indirizzo postale del/della richiedente: (via, numero, interno, cassetta postale o strada rurale)
 Mailing address of the applicant: (street, number, apt. no., P.O. box, or rural route)

| | | | |
|--------------------------------|---------------------------|--|-----------------|
| Città e stato / City and state | Codice postale / Zip Code | Contea (se esistente) o provincia County (if any) or province | Stato / Country |
|--------------------------------|---------------------------|--|-----------------|

Da compilare da parte dell'I.N.P.S. To be completed by the I.N.P.S.

La domanda è pervenuta il _____
 Date of receipt of claim

Si attesta che i dati anagrafici riportati nel presente formulario sono stati rilevati dai documenti originali presentati dall'interessato/a.

I certify that the vital statistics data transcribed on this form have been taken from original documents produced by the claimant.

per l'I.N.P.S.
 on behalf of the I.N.P.S.

 (Luogo e data - Place and date)

 (Timbro e firma - Official stamp and signature)

See Revised Privacy Act and PRA Statements Attached
(SSA will also translate the Statements into Italian for the
Italian sections below.)

This form requests information under the authority of sections 205 (a) and 233 (d) of the Social Security Act, as amended (42 USC 405 (a) and 433 (d)).

While it is not mandatory, except in the circumstances explained below, for you to furnish the information on this form to Social Security, no benefits may be paid under a totalization agreement unless an application has been received. Your response is mandatory where the refusal to disclose certain information affecting your right to payment would reflect a fraudulent intent to secure benefits not authorized by the Social Security Act.

The information on this form is needed to enable Social Security authorities in the U.S. and foreign country to determine if you are entitled to benefits under a totalization agreement.

Failure to provide all or part of this information could prevent an accurate and timely decision on your claim and could result in the loss of some benefits.

This form, or a copy, will be forwarded to the Social Security authorities of the foreign country in question to facilitate the obtaining of information about the worker's covered earnings under that system. It will also serve as an application for benefits payable under the totalization agreement under these laws as well as under U.S. laws if the intent to claim benefits under that system has been indicated in item 1. The Social Security Administration cannot be responsible for assuring the confidentiality of information provided to another government. In general, that country's rules of confidentiality will apply. The information may also be used (1) to facilitate statistical research and audit activities necessary to assure the integrity and improvement of the Social Security programs, and (2) to comply with Federal laws requiring the exchange of information between the Social Security Administration and another governmental agency.

(NOTIFICA DEL "PRIVACY ACT")

(Le informazioni in questo formulario sono richieste in base ad autorità riportata nella sezione 205 (a) 233 (d) della legislazione della Social Security, emendata (42 USC 405 (a) e 433 (d)).

Perquanto non sia obbligatorio fornire alle Social Security le informazioni richieste in questo modulo, eccetto nelle circostanze elencate e calce, prestazioni in virtù dell'accordo di totalizzazione non verranno liquidate in caso di mancata presentazione della domanda. Le risposte sono obbligatorie allorché il rifiuto a fornire certe informazioni riguardanti il Vostro diritto alla liquidazione rispecchiasse un'intenzione fraudolenta di ottenere prestazioni non autorizzate dalla Legislazione della Social Security.

Le informazioni nel presente formulario permettono alle autorità della previdenza sociale degli Stati Uniti e dello Stato estero di determinare il Vostro diritto a prestazioni in virtù dell'accordo di totalizzazione.

La mancata presentazione di tutte o parte delle informazioni richieste potrebbe impedire una pronta ed accurata decisione in riguardo alla Vostra domanda e potrebbe risultare nella perdita di alcuni pagamenti.

Questo formulario, o copia dello stesso, verrà inviato alle autorità della previdenza sociale dello Stato estero, allo scopo di facilitare l'ottenimento di informazioni riguardanti le retribuzioni del lavoratore coperte da detto sistema assicurativo.

Sevirà pure come domanda di prestazioni liquidabili in virtù dell'accordo di totalizzazione in conformita alla legislazione degli Stati Uniti e dello Stato estero, se l'intenzione di presentare domanda di prestazioni a carico di detto sistema fosse stata indicata alla voce 1. Amministrazione della Social Security non assume la responsabilità di garantire la confidenzialità delle informazioni fornite ad un governo estero.

In generale, verranno applicate le regole sulla confidenzialità vigenti in quello Stato.

Queste informazioni potranno pure essere usate (1) per facilitare programmi di ricerche e verifiche, necessari per assicurare l'integrità ed il progresso dei programmi di previdenza sociale e (2) per soddisfare le leggi federali che richiedono lo scambio di informazioni tra l'Amministrazione della Social Security ed altre Agenzie governative degli Stati Uniti.

PAPERWORK REDUCTION ACT STATEMENT

This information collection meets the clearance requirements of 44 U.S.C. § 3507, as amended by section 2 of the Paperwork Reduction Act of 1995. You are not required to answer these questions unless we display a valid Office of Management and Budget control number. We estimate that it will take you about 20 minutes to read the instructions, gather the necessary facts, and answer the questions.

DICHIARAZIONE RELATIVA AL DECRETO SULLA RIDUZIONE DELLE PRATICHE CARTACEE

Questa raccolta di informazioni e' in linea con i requisiti di autorizzazione previsti dall'articolo 3507 del U.S.C. 44, rivisto alla sezione 2 del Decreto sulla riduzione delle pratiche cartacee del 1995. Non e' necessario rispondere a tali domande, a meno che non sia indicato un numero valido di controllo dell'Ufficio Amministrativo e Finanziario. Abbiamo calcolato che leggere le istruzioni, mettere insieme i dati necessari e rispondere alle domande dovrebbe prendere circa 20 minuti.

SSA will insert the following revised Privacy Act and PRA Statements into the form at its next scheduled reprinting:

Privacy Act Statement

Sections 205(a) and 233(d) of the Social Security Act (42 U.S.C. 405(a) and 433(d)), as amended, authorize us to collect this information. The information you provide will be used to determine whether you may be entitled to receive benefits under a totalization agreement.

The information you furnish on this form is voluntary. However, failure to provide the requested information could prevent an accurate and timely decision on your claim and could result in the loss of some benefits.

We rarely use the information you supply for any purpose other than for making a determination relating to approval for benefits under a totalization agreement. However, we may use it for the administration and integrity of Social Security programs. We may also disclose information to another person or to another agency in accordance with approved routine uses, which include but are not limited to the following:

1. To enable a third party or an agency to assist Social Security in establishing rights to Social Security benefits and/or coverage;
2. To comply with Federal laws requiring the release of information from Social Security records (e.g., to the Government Accountability Office and Department of Veterans' Affairs);
3. To make determinations for eligibility in similar health and income maintenance programs at the Federal, State, and local level; and,
4. To facilitate statistical research, audit, or investigative activities necessary to assure the integrity and improvement of Social Security programs (e.g., to the Bureau of the Census and private concerns under contract to Social Security).

We may also use the information you provide in computer matching programs. Matching programs compare our records with records kept by other Federal, State, or local government agencies. Information from these matching programs can be used to establish or verify a person's eligibility for Federally-funded or administered benefit programs and for repayment of payments or delinquent debts under these programs.

A complete list of routine uses for this information is available in our Systems of Records Notices entitled, Master Beneficiary Record, 60-0090 and Supplemental Security Income Record, 60-0090. These notices, additional information regarding this form, and information regarding our programs and systems, are available on-line at www.socialsecurity.gov or at your local Social Security office.

Paperwork Reduction Act Statement - This information collection meets the requirements of 44 U.S.C. § 3507, as amended by section 2 of the Paperwork Reduction Act of 1995. You do not need to answer these questions unless we display a valid Office of Management and Budget control number. We estimate that it will take about 20 minutes to read the instructions, gather the facts, and answer the questions. ***Send only comments relating to our time estimate above to: SSA, 6401 Security Blvd, Baltimore, MD 21235-6401.***