

YOU CAN MAKE YOUR PAYMENT BY CREDIT CARD USTED PUEDE PAGAR CON TARJETA DE CRÉDITO

For your convenience, we offer you the option to make your payment by credit card. If you wish to make recurring credit card payments, please read the terms of authorization on page 3 before signing. The letter we sent you with this form explains other ways you can pay back the overpayment and/or gives a telephone number you can call if you have any questions.

Para su conveniencia, le ofrecemos la opción de pagar con tarjeta de crédito. Si desea hacer pagos recurrentes con la tarjeta de crédito, favor de leer los términos de autorización en la página 3 antes de firmar. La carta que le enviamos con este formulario le indica otras alternativas para pagar el sobrepago y le da un número de teléfono al que puede llamar si tiene preguntas.

**We accept Visa, MasterCard, American Express, Discover and Diners Club.
Aceptamos Visa, MasterCard, American Express, Discover, y Diners Club**

If You Want To... <i>Sí quiere ...</i>	Then Do This... <i>Entonces haga esto ...</i>
<p>1. Make a one-time payment by phone. <i>Hacer un pago único por teléfono.</i></p>	<p>Before you phone us, please complete the information on pages 1 and 2. Then, call toll-free 1-800-821-5012 between the hours of 8:00AM-4:00PM (Monday - Friday). We will process your transaction over the phone.</p> <p><i>Antes de llamarnos, complete la información solicitada en las páginas 1 y 2. Entonces, llámenos al número libre de cargos 1-800-821-5012 de 8:00AM a 4:00PM (de lunes a viernes). Procesaremos su transacción por teléfono.</i></p>
<p>2. Make a one-time payment by mail. <i>Hacer un pago único por correo.</i></p>	<p>Please complete the information on pages 1 and 2 and sign and date this form. Return pages 1 and 2 to the Social Security Administration in the enclosed envelope to make a one-time payment. This form will be used as an Authorization Agreement and cannot be processed without your signature.</p> <p><i>Favor de completar la información en las páginas 1 y 2 y firmar y fechar este formulario. Devuelva las páginas 1 y 2 a la Administración del Seguro Social en el sobre adjunto para hacer un pago único. Este formulario se usará como un Acuerdo de autorización y no se puede procesar sin su firma.</i></p>
<p>3. Make a recurring monthly payment by mail. <i>Hacer un pago mensual recurrente por correo.</i></p>	<p>Please complete pages 1-3 and sign and date this form. Return pages 1 and 2 to the Social Security Administration in the enclosed envelope. Keep page 3 for your records. This form will be used as an Authorization Agreement for recurring payments and cannot be processed without your signature.</p> <p><i>Favor de completar las páginas del 1 al 3 y firmar y fechar este formulario. Devuelva las páginas 1 y 2 a la Administración del Seguro Social en el sobre adjunto. Mantenga la página 3 para sus registros. Este formulario se usará como un Acuerdo de autorización para pagos recurrentes y no se puede procesar sin su firma.</i></p>

Beneficiary Information *Información del beneficiario*

First Name <i>(Nombre)</i>	Middle Initial <i>(Inicial)</i>	Last Name <i>(Apellido)</i>
Print Account Number Shown on the Notice <i>(Escriba en letra de molde el número de cuenta que aparece en el aviso)</i>		

Credit Card Holder Information *Información del poseedor de la tarjeta de crédito*

First Name <i>(Nombre)</i>	Middle Initial <i>(Inicial)</i>	Last Name <i>(Apellido)</i>
Address <i>Número y calle</i>	Apt. Number <i>Número de apartamento</i>	City <i>Ciudad</i>
State <i>Estado</i>	ZIP Code <i>Zona postal</i>	Daytime Telephone Number (including area code) <i>Número de teléfono diurno (incluyendo código de área)</i>

Credit Card Information
Información de la tarjeta de crédito

CHECK ONLY ONE (MARQUE UNO SOLAMENTE)

Visa MasterCard Discover American Express Diners Club

Credit Card Number <i>Número de tarjeta de crédito</i>	Expiration Date <i>Fecha de expiración</i>	Amount to be Charged Each Month <i>Cantidad que se cobrará cada mes</i> \$
---	---	--

Frequency of Payments
Frecuencia de los pagos

Please indicate if you would like to make a one-time payment or a recurring payment. **CHECK ONLY ONE.**
*Favor de indicar si desea hacer un pago único o un pago recurrente. **MARQUE UNO SOLAMENTE.***

One-time Payment - Go to the Authorization Section below and sign under Credit Card Holder's Signature and date the form. Mail pages 1 and 2 to the Social Security Administration in the enclosed envelope. *Un pago único - Pase a la sección de autorización a continuación y firme en Firma del poseedor de la tarjeta de crédito y feche el formulario. Envíe por correo las páginas 1 y 2 en el sobre adjunto a la Administración del Seguro Social.*

OR O

Recurring Payment - Complete the next section, then sign below under Credit Card Holder's Signature and date the form. Mail pages 1 and 2 to the Social Security Administration in the enclosed envelope. *Pago recurrente - Llene la próxima sección, entonces firme a continuación en Firma del poseedor de la tarjeta de crédito y feche el formulario. Envíe por correo las páginas 1 y 2 en el sobre adjunto a la Administración del Seguro Social.*

Date of First Payment/Date of Last Payment
Fecha del primer pago/Fecha del último pago

Please indicate below when you want your first payment and last payment to be. Also, enter this first and last payment date information on page 3 for your records. Your credit card will be charged the amount you indicate above.

Favor de indicar a continuación cuando quiere que se haga su primer pago y su último pago. También, entre esta información del primer y último pago en la página 3 para sus registros. Se le cargará a su tarjeta de crédito la cantidad que indique arriba .

First Payment (month, year) <i>Primer pago (mes, año)</i>	Last Payment (month, year) *This will be the last month your card will be charged. <i>Último pago (mes, año) *Este será el último mes en que se cargará a su tarjeta .</i>
--	---

Authorization
Autorización

Regular credit card rules apply.
Las reglas normales de la tarjeta de crédito aplican.

Credit Card Holder's Signature (<i>Firma del poseedor de la tarjeta de crédito</i>)	Date (<i>Fecha</i>)
---	-----------------------

DO NOT WRITE IN THE SPACE BELOW - FOR OFFICE USE ONLY
NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO - PARA USO OFICIAL SOLAMENTE

Received at SSA: Date/Sign

Sent to RAU: Date/Sign

Received at MATPSC RAU: Date/Sign

Terms and Conditions of Authorization
Términos y condiciones de la autorización

This form will be used by SSA to charge your credit card for the amount and time period you specified on pages 1 and 2.

Este formulario se usará por la Administración del Seguro Social para cargar a su tarjeta de crédito por la cantidad y el periodo de tiempo que usted especificó en las páginas 1 y 2.

Authorization: Review and complete the Authorization Agreement on pages 1 and 2 of this form. If you are authorizing recurring payments, each payment shall be the same as if it were an instrument personally signed by you. NOTE: You must provide your credit card information with the Authorization Agreement.

Autorización: *Revise y complete el Acuerdo de autorización en las páginas 1 y 2 de este formulario. Si está autorizando pagos recurrentes, cada pago será igual a si fuera un cargo firmado por usted personalmente. NOTA: Usted debe proveer la información de su tarjeta de crédito con el Acuerdo de autorización.*

Cancellation: This authorization will remain in effect until cancelled by either you, the Social Security Administration, or the financial institution. You must notify the Social Security Administration to discontinue automatic payments by calling 1-800-821-5012 between 8:00AM-4:00PM (Monday-Friday).

Cancelación: *Esta autorización continuará en efecto hasta que sea cancelada por usted, la Administración del Seguro Social, o la institución financiera. Usted debe informar a la Administración del Seguro Social que descontinúe los pagos automáticos llamando al 1-800-821-5012 entre las 8:00AM y las 4:00PM (de lunes a viernes).*

Stop Payment: You have the right to stop payment of a charge by timely notification to the Social Security Administration 15 days prior to your credit card being charged.

Cese de pago: *Usted tiene el derecho de cesar el pago de un cargo al informar oportunamente a la Administración del Seguro Social 15 días antes de que se cargue a su tarjeta de crédito.*

Payment Amount: The amount charged to your credit card will be the amount you enter on page 2 of this form.

Cantidad de pago: *La cantidad que se cargue a su tarjeta de crédito será la cantidad que usted indique en la página 2 de este formulario.*

Please record below the date you want your first payment and last payment to be. This should be the same date you entered on page 2. **Keep this page for your records.** *Favor de registrar a continuación la fecha en que quiere que se haga su primer pago y su último pago. Esta debe ser la misma que indicó en la página 2. Mantenga esta página para sus registros.*

First Payment (month, year) *Primer pago (mes, año)*

Last Payment (month, year) *Último pago (mes, año)*

Paperwork Reduction Act Notice
Aviso de la Ley de Reducción de Trámites

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 10 minutes to read the instructions, gather the facts, and answer the questions. *You may send comments on our time estimate above to: SSA, 6401 Security Blvd, Baltimore, MD 21235-6401. Send only comments relating to our time estimate to this address, not the completed form.*

Ley para la Reducción de Trámites- Esta recopilación de información cumple con los requisitos de 44 U.S.C. § 3507, según enmendada por la sección 2 de la Ley de Reducción de Trámites del 1995. No es requisito que usted conteste estas preguntas a menos que mostremos un número de control válido de la oficina de Administración y Presupuesto. Calculamos que le tomará 10 minutos leer las instrucciones, reunir los datos y llenar el formulario. *Puede enviar comentarios sobre nuestra estimación del tiempo para llenar el formulario a: SSA, 6401 Security Blvd., Baltimore, MD. 21235-6401. Por favor sólo envíe comentarios sobre nuestra estimación a esta dirección.*

Privacy Act Statement Collection and Use of Personal Information

See revised
Privacy Act
Statement

~~Sections 204(a)(1) and 1631(b)(1) of the Social Security Act, as amended, allow us to collect this information you provide to process your payment(s) by credit card.~~

~~Furnishing us this information is voluntary. However, failing to provide us with all or part of the information may prevent us from processing your credit card payment.~~

~~We rarely use the information you supply for any purpose other than what we state above, however, we may use the information for the administration of our programs including sharing information:~~

- ~~1. To comply with Federal laws requiring the release of information from our records (e.g., to the Government Accountability Office and Department of Veterans Affairs);~~
- ~~2. To facilitate statistical research, audit, or investigative activities necessary to ensure the integrity and improvement of our programs (e.g., to the Bureau of the Census and to private entities under contract with us); and,~~
- ~~3. To banks enrolled in the treasury credit card network to collect a payment or debt when the individual has given his/her credit card number for this purpose.~~

~~A complete list of when we may share your information with others, called routine uses, is available in our Privacy Act System of Records Notice 60-0231, entitled Financial Transactions of SSA Accounting and Finance Offices. Additional information about this and other system of records notices and our programs are available from our Internet website at _____ or at your local Social Security office.~~

~~We may share the information you provide to other health agencies through computer matching programs. Matching programs compare our records with records kept by other Federal, State, or local government agencies. We use the information from these programs to establish or verify a person's eligibility for federally funded or administered benefit programs and for repayment of incorrect payments or delinquent debts under these programs.~~