

DOMANDA DI PRESTAZIONI
APPLICATION FOR BENEFITS

Riservato all'Ufficio competente
Do not write in this space

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

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 other family members I have listed herein, under the Social Security Agreement between the United States of American 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"/> SÌ 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, what 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 of 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> _____ (mese, giorno, anno) (month, day, year)		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) (Single, married, widower, divorced, separated)		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> _____ (mese, giorno, anno) (month, day, year)		h) Se deceduto indicare: <i>If deceased, give:</i> - la data del decesso <i>date of death</i> _____ - il luogo del decesso <i>place of death</i> _____ (mese, giorno, anno) (month, day, year)	
*) 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)
Full name (married women state maiden name too)

b) Relazione di parentela col lavoratore
Relationship to worker

c) Data di nascita (mese, giorno, anno)
Date of birth (month, day, year)

d) Luogo di nascita (città, paese, provincia, stato)
Place of birth (city, town, state, country)

5. DATI RELATIVI ALLE PERSONE A CARICO PER LE QUALI SI RICHIEDONO PRESTAZIONI FAMILIARI OVVERO AI REIHIENDENTI LA PERSIONE 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:

SI'
YES

NO
NO

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:

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:

SI'
YES

NO
NO

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

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?

SÌ
YES

NO
NO

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

Se la risposta è SÌ, 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)

FIRMA 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)

DICHIARAZIONE PER LA LEGGE SULLA PRIVACY

Raccolta e uso di informazioni personali

Le sezioni 205(a), 233(a) e 233(d) della legge sulla previdenza sociale (Social Security Act), con modificazioni, ci consentono di richiederle queste informazioni. Useremo le informazioni da lei fornite per determinare se ha diritto a ricevere prestazioni ai sensi di accordi internazionali. Offrire tali informazioni è volontario. Non fornire in tutto o in parte le informazioni richieste, può però renderci impossibile prendere una decisione accurata e tempestiva sulla sua richiesta e potrebbe comportare la perdita di alcune prestazioni. Usiamo raramente le informazioni da lei fornite per scopi diversi da quanto sopra, anche se potremmo usarle per la gestione dei nostri programmi, e fra l'altro divulgare tali informazioni: per garantire l'osservanza di norme federali che richiedono la divulgazione di informazioni dai nostri archivi (ad es. all'Ufficio Rendicontabilità Governativa e al Dipartimento degli Affari dei Veterani); e facilitare le ricerche statistiche, verifiche o attività investigative necessarie per assicurare l'integrità e il miglioramento dei nostri programmi (ad es. all'Ufficio Censimenti e a enti privati sotto contratto con noi). Gli elenchi di quando possiamo condividere le informazioni con altri, N. 60-0090 dal titolo Master Beneficiary Record, e N. 60-0103 dal titolo Supplemental Security Income Record, chiamati usi di routine, sono disponibili nel nostro Sistema di Comunicazione di RegISTRAZIONI della legge sulla privacy (Privacy Act System of Records Notices). Ulteriori informazioni riguardo questi e ad altri sistemi di comunicazione di registrazioni e sui nostri programmi sono disponibili ai siti internet www.socialsecurity.gov o all'ufficio di Social Security locale. Possiamo usare anche le informazioni fornite da programmi di confronto informatici. I programmi di confronto comparano i nostri registri con i registri tenuti da altre agenzie federali, statali o locali pubbliche. Le informazioni da questi programmi di confronto possono essere usati per determinare o verificare l'idoneità in caso di programmi finanziati o gestiti a livello federale e per il rimborso di versamenti non dovuti o debiti non saldati ai sensi degli stessi.

~~PRIVACY ACT STATEMENT~~ ~~Collection and Use of Personal Information~~

See Revised Privacy Act & PRA Statements attached

~~Sections 205(a), 233(a), and 233(d) of the Social Security Act, as amended, allow us to collect this information. We will use the information you provide to determine if you are entitled to receive benefits under an international agreement. Furnishing us this information is voluntary. However, failing to provide all or part of the information may prevent us from making 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 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); and, 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). A list of when we may share your information with others, called routine uses, is available in our Privacy Act System of Records Notices, 60-0090, entitled Master Beneficiary Record, and 60-0103, entitled Supplemental Security Income Record. Additional information about these and other system of records notices and our programs is available from our Internet website at www.socialsecurity.gov or at your local Social Security office. 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 incorrect payments or delinquent debts under these programs.~~

Dichiarazione in materia di riduzione del lavoro d'ufficio - Questa raccolta di informazioni è ai sensi del disposto del 44 U.S.C. Par 3507, con le modificazioni apportate dalla seconda sezione della normativa Paperwork Reduction Act del 1995. Non dovete rispondere a queste domande a meno che non mostriamo un numero di controllo valido dell'Ufficio Amministrazione e Budget (Office of Management and Budget - OMB). Riteniamo che ci vogliono circa 20 minuti per leggere le istruzioni, raccogliere i fatti e rispondere alle domande. **Inviare solo i commenti relativi ai tempi da noi previsti a:** SSA, 6401 Security Blvd, Baltimore, MD 21235-6401.

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 (OMB) 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.~~