

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DEL SEGURO SOCIAL

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ / _____ / _____
MES DIA AÑO

Yo _____, por este medio autorizo a la Administración del Seguro Social a entregar información relacionada a fechas y cantidad de beneficio mensual a la cual pudiera ser elegible, incluyendo el tipo de beneficio, tanto para mí como para mis dependientes. Si mi reclamación o alguna reclamación a nombre de mis dependientes esta pendiente de una determinación inicial o apelación, yo autorizo a la Administración del Seguro Social a notificar a "Custom Disability Solutions" para estos efectos.

Custom Disability Solutions
PO Box 9461
Portland, ME 04104

Fecha: _____ Firma: _____

Fecha: _____ Firma: _____