



INSTITUTO BELICEÑO DE SEGURO SOCIAL

SOCIAL SECURITY BOARD

Solicitud para una tarjeta de Seguro Social

1	NOMBRE (como debe aparecer en su tarjeta)	Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido
2	OTROS NOMBRES USADOS			
3	DIRECCIÓN POSTAL (No abreviar)	Número de Apartamento, Calle, Caja Postal		
4	DIRECCIÓN DE DOMICILIO (No abreviar)	Ciudad / Pueblo / Aldea / Distrito		
		Número de Apartamento, Calle, Sección		
		Ciudad / Pueblo / Aldea / Distrito		
5	SEXO	HOMBRE <input type="checkbox"/>	MUJER <input type="checkbox"/>	
6	NACIONALIDAD (Marque sólo uno)	<input type="checkbox"/> Ciudadano de Belice <input type="checkbox"/> Extranjero (con Permiso de Trabajo) <input type="checkbox"/> Residente <input type="checkbox"/> Otra Nacionalidad (especifique) <input type="checkbox"/> Extranjero Legal (SIN permiso de Trabajo) <input type="checkbox"/> Permanente		
7	FECHA DE NACIMIENTO	7	LUGAR DE NACIMIENTO	
	Mes /Día/Año		(No abrieve) Ciudad/Distrito o País Extranjero	Para uso Oficial
			Primer Nombre	Segundo Nombre
				Apellido (al nacer)
8	A. NOMBRE DE SOLTERA DE LA MADRE			
	B. NUMERO DE SEGURO SOCIAL DE LA MADRE (Complete sólo si solicita número para un dependiente menor de 21 años.)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
			Primer Nombre	Segundo Nombre
				Apellido (al nacer)
9	A . NOMBRE DEL PADRE			
	B NUMERO DE SEGURO SOCIAL DEL PADRE (Complete sólo si solicita número para un dependiente menor de 21 años.)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
10	¿El Solicitante o alguien actuando de su parte ha solicitado o recibido alguna vez una tarjeta de Seguro Social?			
	<input type="checkbox"/> SI (Si la respuesta es "SI", conteste las preguntas 11...)	<input type="checkbox"/> NO (Si la respuesta es "NO", conteste las preguntas 12...)	<input type="checkbox"/> DESCONOCIDO (Si no lo sabe, pase a la pregunta 12	
11	Indique el número de Seguro Social asignado anteriormente a la persona cuyo nombre aparece en la sección 1	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
12	ESTADO CIVIL (Marque sólo uno)	<input type="checkbox"/> Soltero/a	<input type="checkbox"/> Consensual	<input type="checkbox"/> Separado/a
		<input type="checkbox"/> Casado/a	<input type="checkbox"/> Divorciado/a	<input type="checkbox"/> Viudo/a
		Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido
13	NOMBRE DE ESPOSA			
14	FECHA DE HOY	15	NÚMERO DE TELÉFONO	
	Mes/Día/Año		DURANTE EL DÍA	(Código)/ Número
DAR DELIBERADAMENTE (O INDUCIR A QUE SE DE) INFORMACIÓN FALSA EN ESTA SOLICITUD ES UN CRIMEN CASTIGABLE CON MULTA, PRISIÓN O AMBAS COSAS.				
16	SU FIRMA	17	SU PARENTESCO CON LA PERSONA EN LA SECCIÓN 1 ES: La misma persona <input type="checkbox"/>	
			Padre Natural o Adoptivo <input type="checkbox"/> Represnate Guardián <input type="checkbox"/>	
			Otro (Especifique) <input type="checkbox"/>	
NO ESCRIBA BAJO ESTA LINEA (PARA USO DEL SEGURO SOCIAL SOLAMENTE) DO NOT WRITE BELOW THIS LINE (FOR SSB USE ONLY)				
	CERT # _____	DOC. TYPE _____	PLACE OF ISSUE: _____	
	CERT # _____	DOC. TYPE _____	PLACE OF ISSUE: _____	
	TWP# _____	DATE OF ISSUE _____	DATE OF EXPIRY: _____	
OTHER:	DATE OF EMPLOYER(S) SIGNATURE	Signature(s) of Employee(s) reviewing evidence and/or Conducting interview		
SS NO	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	KEYED BY	DATE	VERIFIED BY
				DATE

|

|

|

|

|

|

