
Informe de función - Nacimiento del niño hasta el 1er cumpleaños

Rellenar el informe de funciones

SI NECESITA AYUDA PARA COMPLETAR CUALQUIER PARTE DE ESTE FORMULARIO, COMUNÍQUESE CON SU OFICINA DEL SEGURO SOCIAL. TE AYUDAREMOS.

La información que nos proporcione en este formulario será utilizada por la oficina que toma la decisión de discapacidad sobre el reclamo del niño. Puedes ayudarlos completando la mayor parte del formulario que puedas.

- Imprimir o escribir.
- No le pida a un médico u hospital que complete este formulario.
- Asegúrese de explicar su respuesta si se solicita o si necesita una explicación.
- Si necesita más espacio para responder a cualquiera de las preguntas, utilice la sección "OBSERVACIONES" y muestre el número de la pregunta que se está respondiendo.

La información que solicitamos en este formulario nos dice cómo usted cree que son las enfermedades o lesiones del niño que afectan la forma en que realiza muchas de sus actividades habituales.

**POR FAVOR, ELIMINE ESTA HOJA
ANTES DE DEVOLVER EL
FORMULARIO COMPLETADO.**

Declaración de la Ley de Privacidad

Las secciones 1614 y 1631(e)(1), de la Ley de Seguridad Social, según enmendada, y 20 CFR 416.924 (a), nos autorizan a recopilar esta información. Utilizaremos la información que proporcione en nombre del niño para determinar su elegibilidad para los pagos de Ingresos De Seguridad Suplementarios (SSI) basados en la discapacidad.

Proporcionar la información es voluntaria. Sin embargo, no proporcionar toda o parte de la información solicitada puede impedir que tomemos una decisión precisa y oportuna sobre el reclamo.

Rara vez utilizamos la información que usted proporciona para otro propósito que no sea tomar una decisión con respecto a la elegibilidad del niño para los pagos de SSI. Sin embargo, podemos usarlo para la administración e integridad de nuestros programas. También podemos divulgar la información a otra persona o a su agencia de acuerdo con los usos rutinarios aprobados, incluidos, entre otros, lo siguiente:

1. Para permitir que un tercero o una agencia nos ayude a establecer derechos sobre nuestros beneficios y cobertura;
2. Para cumplir con las leyes federales que requieren la divulgación de información de nuestros registros (por ejemplo, a la Oficina de Responsabilidad Gubernamental y al Departamento de Asuntos de Veteranos);
3. Para hacer determinaciones de elegibilidad en programas similares de salud y mantenimiento de ingresos a nivel federal, estatal y local; y
4. Para facilitar la investigación estadística, la auditoría y las actividades de investigación necesarias para garantizar la integridad y la mejora de nuestros programas (por ejemplo, a la Oficina del Censo y a entidades privadas bajo contrato con nosotros).

También podemos utilizar la información que usted proporciona en programas de emparejamiento de computadoras. Los programas de emparejamiento comparan nuestros registros con los registros mantenidos por otras agencias gubernamentales federales, estatales o locales. Utilizamos la información de estos programas para establecer o verificar la elegibilidad de una persona para los programas de beneficios financiados y administrados por el gobierno federal y para el reembolso de pagos incorrectos o deudas morosas bajo estos programas.

Una lista completa de los usos de rutina sobre esta información está disponible en nuestro Aviso de Registros 60-0089 de la Ley de Privacidad, titulado, Sistemas de carpetas de reclamos. Información adicional sobre este y otros avisos del sistema de registros y nuestros programas está disponible en línea en www.socialsecurity.gov o en su oficina local del Seguro Social.

Declaración de la Ley de Reducción de Papeleo - Esta recopilación de información cumple con los requisitos de 44 U.S.C. § 3507, según lo enmendado por la Sección 2 de la Ley de Reducción de Paperwork de 1995. Usted no necesitamos responder a estas preguntas a menos que mostremos un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto. Estimamos que tomará unos 20 minutos leer las instrucciones, recopilar los hechos y responder las preguntas. **ENVÍE EL FORMULARIO COMPLETO A SU SEGURO SOCIAL LOCAL OFICINA. Puede encontrar su oficina local del Seguro Social a través del sitio web de la SSA en www.socialsecurity.gov. Las oficinas también se enumeran en las agencias del gobierno de los Estados Unidos en su directorio telefónico o puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778). Puede enviar informessobre nuestra estimación de tiempo anterior a: SSA, 6401 Security Blvd, Baltimore, MD 21235-6401. Envíe solo comentarios relacionados con *nuestra estimación de tiempo a esta dirección, no el formulario completado.***

INFORME DE FUNCIÓN - NACIMIENTO DEL NIÑO HASTA EL 1ER CUMPLEAÑOS

SECCIÓN 1 - INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN

1.	<p>A. Imprima el NOMBRE DEL NIÑO:</p> <p>PRIMERO _____</p> <p>MEDIO _____</p> <p>APELLIDO _____</p> <p>B. NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL NIÑO:</p> <p>_____</p> <p>C. FECHA DE NACIMIENTO DEL NIÑO:</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">Mes/Día/Año</p> <p>D. PERSONA QUE COMPLETA EL FORMULARIO</p> <p>NOMBRE: _____</p> <p>RELACIÓN CON EL NIÑO: _____</p> <p>FECHA DE CUMPLIMENTACIÓN DEL FORMULARIO: _____</p> <p style="text-align: right;">Mes/Día/Año</p> <p>NÚMERO DE TELÉFONO <i>(incluido el código de área):</i></p> <p>_____</p> <p>DIRECCIÓN POSTAL <i>(Número y Calle, Apt. No. (si lo hubiera), Apartado postal o Ruta Rural):</i></p> <p>_____</p>		
	<p>CUIDAD</p>	<p>ESTADO</p>	<p>CÓDIGO POSTAL</p>

SECCIÓN 2 - DETALLES DE LA FUNCIÓN

<p>2. A. ¿El niño tiene problemas para ver?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí (Continuar) —</p> <p><input type="checkbox"/> NO (Vaya a 2.B.)</p>	<p>Si es "sí", marque cada declaración a continuación que generalmente sea cierta sobre el niño:</p> <p><input type="checkbox"/> El niño usa anteojos o lentes de contacto. Si el niño tiene problemas para ver incluso con anteojos o lentes de contacto, por favor explique:</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> Al niño no se le pueden colocar anteojos o lentes de contacto. Explicar:</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> El niño tiene otros problemas de visión. En caso afirmativo, sírvase describir:</p> <hr/>
<p>B. ¿El niño tiene problemas para oír?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí (Continuar) —</p> <p><input type="checkbox"/> NO (Vaya a 2.C.)</p>	<p>Si es así, marque todas <u>las declaraciones</u> a continuación que generalmente son ciertas sobre el niño:</p> <p><input type="checkbox"/> El niño usa audífono(s). Si el niño tiene problemas para oír incluso con un audífono o tiene problemas para usar un audífono, explique:</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> El niño no puede ser equipado para audífonos. Explicar:</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> El niño tiene otros problemas de audición. En caso afirmativo, por favor describa:</p> <hr/>

<p>2. C. ¿Las actividades o habilidades del niño son limitadas?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí (Continuar) —</p> <p><input type="checkbox"/> NO (Ir a 2.D.)</p> <p><input type="checkbox"/> NO ESTOY —</p> <p>SEGURO (Continuar)</p>	<p>Si es "sí" o "no estoy seguro," por favor díganos lo que hace el niño marcando "sí" o "no" para cada uno de los siguientes:</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Hace varios sonidos de arrullo, como "aah" y "ooh"</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Hace varios sonidos balbuceantes, como "babababa" o "mamamama"</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dice palabras simples que no sean "mamá" y "papá"</p> <p>Niño en general</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Deja de llorar cuando es recogido y sostenido</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Mira la cara de la persona que habla con él o ella</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Acaricia, "habla con" o de otra manera responde a sí mismo en el espejo</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Juega juegos, como "peek-a-boo"</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Entiende declaraciones simples como "ven aquí" o "siéntate"</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Apunta a algo que él o ella quiere que esté fuera de su alcance, como un juguete o comida</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Entiende los nombres de sus juguetes favoritos u otras cosas, como una botella</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Gira la cabeza en dirección a ruidos o voces familiares</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No gira la cabeza cuando se llama su nombre</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sonríe a las caras que él o ella conoce</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No se calma o deja de llorar cuando ve a un padre u otra persona que conoce</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Abrazos en brazos cuando lo hace por padre o cuidador</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Se extiende para ser recogido</p>
---	---

2. C. (Continuación)

El niño puede

- | | | | | |
|--------------------------|-----------|--------------------------|-----------|---|
| <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No | Roll de estómago a espalda |
| <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No | Roll de atrás al estómago |
| <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No | Llegar a una posición sentada sin ayuda |
| <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No | Mecerse de un lado a otro en las manos y las rodillas |
| <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No | Gatear o arrastrarse |
| <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No | Tirar de sí mismo hasta una posición de pie |
| <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No | Alcance para juguetes u otros objetos |
| <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No | Levántate sin aferrarte a alguien o algo |
| <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No | Camina aferrándote a alguien o algo |
| <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No | Come alimentos, como cereales, galletas, por sí mismo |
| <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No | Mover juguete u otro objeto de mano a mano |
| <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No | Sostiene objetos pequeños entre los dedos |
| <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No | Tira una pelota u otro objeto |

D. De ser necesario, por favor explique cualquiera de los puntos de la pregunta 2.C. Además, por favor díganos cualquier otra cosa sobre el niño que usted cree que deberíamos saber:

SECCIÓN 3 - OBSERVACIONES
