

Estado de Illinois
Departamento de Servicios para Niños y Familias

SOLICITUD DE ACCESO AL NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DE HIJO(S) DE CRIANZA

Yo, _____
nombre(s) del/de los padre(s) de crianza

comprendo que, como padre/madre de crianza, puedo tener derecho a acceder al/a los número(s) de Seguro Social de

Nombre y fecha de nacimiento del/de la hijo(a) de crianza

Nombre y fecha de nacimiento del/de la hijo(a) de crianza

Nombre y fecha de nacimiento del/de la hijo(a) de crianza

Nombre y fecha de nacimiento del/de la hijo(a) de crianza

Nombre y fecha de nacimiento del/de la hijo(a) de crianza

Nombre y fecha de nacimiento del/de la hijo(a) de crianza

y, por la presente, lo(s) solicito.

Comprendo que puedo utilizar el/los número(s) de Seguro Social solo para fines limitados, incluidos reclamar a mi(s) hijo(s) de crianza como deducción en mi declaración de impuestos a la renta, inscribir a mi(s) hijo(s) de crianza en un campamento y/o matricular a mi(s) hijo(s) de crianza en la escuela. Si necesito utilizar el/los número(s) de Seguro Social de mi(s) hijo(s) de crianza por cualquier otro motivo no mencionado anteriormente, acepto comunicarme con mi trabajador de casos para verificar si puedo hacerlo.

Comprendo que debo mantener confidencial cierta información de identificación de los hijos de crianza y sus familias. Estoy de acuerdo en que los números de Seguro Social deben mantenerse estrictamente confidenciales y no pueden utilizarse o divulgarse para ninguna otra finalidad, sin el consentimiento expreso por escrito del Administrador de Custodia.

Los padres de crianza que utilicen el número de seguro social de su(s) hijo(s) de crianza para cualquier otra finalidad que no sea una de las mencionadas anteriormente están sujetos a sanciones penales.

Comprendo que debo guardar el/los número(s) de Seguro Social de mi(s) hijo(s) de crianza en un lugar seguro y no divulgar el/los número(s) a ninguna persona que no tenga derecho a conocerlo(s).

En contraprestación por haberme sido otorgado acceso al/a los número(s) de seguro social de mi(s) hijo(s) de crianza, acepto eximir de responsabilidad al Departamento de Servicios para Niños y Familias, sus directores, empleados, agentes y causahabientes de todo y cualquier reclamo, acción, demanda, procedimiento, costo, gasto, daño y responsabilidad, incluidos honorarios de abogados, que pudieran surgir como resultado del uso del número de seguro social para cualquier finalidad no mencionada arriba.

Afirmo que he leído esta declaración. Comprendo los límites del acceso a un número de Seguro Social y la confidencialidad de dicha información.

Firma del padre/de la madre de crianza

Firma del padre/de la madre de crianza

Fecha

Dirección del/de los padre(s) de crianza:

Por favor, envíe este documento a:
406 East Monroe – Station 422
Springfield, IL 62701