

AGREEMENT ON SOCIAL SECURITY BETWEEN FINLAND AND THE UNITED STATES OF AMERICA

To:

Social Security Administration
Office of International Operations
Totalization
P.O. Box 17049
Baltimore, MD 21235
USA

STATEMENT OF INTENT TO CLAIM BENEFITS FROM THE UNITED STATES AND AUTHORIZATION TO DISCLOSE INFORMATION

ILMOITUS YHDYSVALTAIN ETUUKSIEN HAKEMISESTA JA VALTUUTUS TIETOJEN ANTAMISEEN

Do you wish to apply for all benefits for which you are eligible under Title II (Federal Old-Age, Survivors, and Disability Insurance) and Part A of Title XVI (Health Insurance for the Aged and Disabled) of the Social Security Act?

Haluatteko hakea kaikkia sosiaaliturvalain II osaston (liittovaltion vanhuus-, perhe- ja työkyvyttömyysvakuutus) ja XVI osaston A osan (vanhusten ja työkyvyttömiä sairautsvakuutus) mukaisia etuuksia, joihin teillä on oikeus?

 Yes / Kyllä

 No / En

Do you authorize the United States Social Security Administration to furnish to the Social Insurance Institution and the Central Pension Security Institute all of the information in its possession which relates to your record of coverage or claim for benefits under the United States Social Security system.

Valtuutatteko Yhdysvaltain sosiaalivakuutushallinnon antamaan Kansaneläkelaitokselle ja Eläketurvakeskuskelle kaikki sen hallussa olevat tiedot, jotka liittyvät teidän Yhdysvaltain sosiaaliturvajärjestelmän mukaiseen vakuuttamiseen ja etuuksien hakemiseen?

 Yes / Kyllä

 No / En

Social Security number of the worker / Työntekijän sosiaalivakuutusnumero

— — — / — — / — — —

Last name / Sukunimi

First name / Etunimet

Address / Osoite

Signature / Allekirjoitus

Date / Päiväys