

ACCORDO ITALO-STATUNITENSE IN MATERIA DI SICUREZZA SOCIALE  
ITALY-U.S.A. AGREEMENT ON SOCIAL SECURITY  
DOMANDA DI PRESTAZIONI - APPLICATION FOR BENEFITS

AVVERTENZE PER LA COMPILAZIONE - INSTRUCTIONS

Si prega di scrivere in stampatello o, comunque, in modo leggibile. Contrassegnare con X le caselle che interessano. Cancellare le voci che non interessano.

Please block print or write clearly. X the boxes that apply. Delete as necessary.

Con la presente si richiedono tutte le prestazioni alle quali il lavoratore e gli altri familiari appresso indicati hanno diritto, in virtù dell'Accordo di sicurezza sociale fra gli Stati Uniti d'America e la Repubblica Italiana, come sotto indicato.

I hereby apply for all benefits payable to me, and to the other family members I have listed herein, under the Social Security Agreement between the United States of America and the Italian Republic, as specified below.

1. Indicare se la presente domanda si riferisce a prestazioni da porre in pagamento a carico degli Stati

Uniti d'America e dell'Italia:

Do you wish this to be considered as an application for benefits payable by the United States of America and the Italian Republic?

SÌ

NO

YES

NO

Nel caso di risposta negativa, indicare il nome dello Stato al quale la presente domanda si riferisce  
If no, to which Country is this an application for benefits?

2. Tipo di prestazioni richiesto:

For what kind of benefits are you applying?

per anzianità o vecchiaia (\*)  
Retirement or Old-Age (\*)

per invalidità  
Disability

per coniuge o figli di beneficiario di pensione di vecchiaia o d'invalidità  
benefits to spouse or child of retirement or disability beneficiary

per i superstiti  
Survivors

3. DATI RIGUARDANTI IL LAVORATORE - INFORMATIONS ABOUT THE WORKER

<b>a)</b> Cognome e nome (per le donne coniugate, anche il cognome da nubile) Full name (married women state maiden name too)		<b>b)</b> N° di posizione della Social Security U.S. Security number (**)	
<b>c)</b> Data di nascita dell'assicurato Date of birth  (mese / giorno / anno) (month / day / year)		<b>d)</b> Luogo di nascita Place of birth	
<b>e)</b> Stato civile Marital status (celibe, nubile, coniugato/a, vedovo/a, divorziato/a, separato/a) (Single, married, widow/er, divorced, separated)		<b>f)</b> Stato di residenza Country of residence	
<b>g)</b> Se invalido, indicare la data di inizio dell'invalidità If disabled, give date of onset:  (mese / giorno / anno) (month / day / year)		<b>h)</b> Se deceduto, indicare If deceased, give: - La data del decesso Date of death  (mese / giorno / anno) (month / day / year)	
		- il luogo del decesso place of death	

4. DATI RIGUARDANTI IL/LA RICHIEDENTE - INFORMATIONS ABOUT THE APPLICANT

<b>a)</b> Cognome e nome (per le donne coniugate, anche il cognome da nubile) Full name (married women state maiden name too)	<b>b)</b> Relazione di parentela col lavoratore Relationship to worker
--	---

(\*) Il limite di età per aver diritto alla pensione di vecchiaia a carico dell'assicurazione statunitense è fissato a 62 anni.  
The age limit to be entitled Old-Age benefits payable by the U.S. is 62.

(\*\*) Se sconosciuto, indicare il nome dei genitori, compreso il cognome da nubile della madre, al n. 12 (ANNOTAZIONI)  
If not known, give worker's parents' names, including mother's maiden name, in item 12 (REMARKS)

**5. DATI RELATIVI ALLE PERSONE A CARICO PER LE QUALI SI RICHIEDONO PRESTAZIONI FAMILIARI OVVERO AI RICHIEDENTI LA PENSIONE AI SUPERSTITI**

**INFORMATIONS ABOUT DEPENDENTS FOR WHOM FAMILY BENEFITS OR SURVIVORS BENEFITS ARE CLAIMED**

(a) Cognome e nome <i>Full name</i>	(b) Relazione di parentela col lavoratore <i>Relationship to worker</i>	(c) Data di nascita <i>Date of birth</i> MM/GG/AA MM/DD/YY	(d) Indicare "studente" o "inabile" <i>Show "student" or "disabled"</i> (* )	(e) Indirizzo <i>Address</i> (**)	(f) Data del matrimonio <i>Date of marriage</i> MM/GG/AA MM/DD/YY

(\*) Se trattasi di invalido allegare certificato medico, se trattasi di studente ultradiciottenne (in ogni caso di età non superiore a 20 anni) allegare il certificato di frequenza scolastica.

*If "disabled", submit medical evidence; if "student" age 18 to 20, submit certificate of school attendance.*

(\*\*) Da indicare solo se diverso da quello del/della richiedente.

*Indicate only if the person lives at an address other than that of the applicant.*

- 6.** Indicare se il lavoratore di cui al Quadro 3 abbia svolto attività lavorativa in proprio, o alle dipendenze di terzi, coperta dal sistema di sicurezza sociale degli Stati Uniti d'America, **nell'ultimo periodo di 24 mesi:** SI NO  
*Indicate if the worker in item 3 engaged in employment or self-employment covered under the U.S. social security system **during the past 24 months:*** YES NO

Nel caso affermativo, indicare  
*If yes, indicate*

Periodi di attività lavorativa coperti dal sistema di sicurezza sociale degli Stati Uniti negli ultimi 24 mesi <i>Date of work covered by U.S. during past 24 months</i>	Nome e indirizzo del datore di lavoro (nel caso di lavoro in proprio indicare "in proprio") <i>Name and address of employer (if self-employed, show "self")</i>
dal (mese / anno) <i>from (month / year)</i>	al (mese / anno) <i>to (month / year)</i>

- 7.** Indicare i periodi di attività lavorativa alle dipendenze di terzi o in proprio svolti dal lavoratore di cui al Quadro 3, coperti o soggetti **contemporaneamente** a contribuzione o a tasse negli Stati Uniti ed in Italia:  
*List of periods of employment or self-employment of the worker shown in item 3 covered or subject to contributions or tax by both the United States and Italy **at the same time:***

dal (mese / anno) <i>from (month / year)</i>	al (mese / anno) <i>to (month / year)</i>	Nome e indirizzo del datore di lavoro (nel caso di lavoro in proprio indicare "in proprio") <i>Name and address of employer (if self-employed, show "self")</i>

8. Indicare se il lavoratore, il/la richiedente o alcuno dei familiari elencati al Quadro 5 abbia/abbiano già presentato domanda di prestazione a carico degli Stati Uniti: SI NO  
*Indicate if the worker, the claimant or any dependent listed in item 5 previously applied for social security benefits payable under the laws of the United States: YES NO*  
 Nel caso affermativo, indicare  
*If yes, indicate*

Cognome e nome della persona, compreso, se del caso, il lavoratore deceduto <i>Full name of person, including deceased worker, if applicable</i>	N° della domanda <i>Claim number</i>	Tipo di prestazioni richiesto (anzianità, invalidità, coniuge superstite, ecc.) <i>Type of benefit applied for (Retirement, Disability, Widow, etc.)</i>	Qualora la prestazione sia già stata concessa indicare l'importo erogato attualmente <i>If benefits are now payable, show amount being payed</i>
			\$
			\$
			\$
			\$

9. Indicare se il/la richiedente autorizza la Social Security Administration a richiedere ed ottenere dal datore di lavoro le informazioni, in materia di retribuzioni, che sono necessarie per la definizione della presente domanda: SI NO  
*Indicate if the Social Security Administration may ask the employers for wage information needed to process this claim: YES NO*

10. Indicare se il/la richiedente autorizza la Social Security Administration a fornire all'Istituto assicuratore italiano tutte le informazioni e i dati di cui dispone, che riguardano (o potrebbero riguardare) la presente domanda: SI NO  
*Indicate if the Social Security Administration may furnish the Italian Agency all the information and evidence in its possession which relate (or could relate) to this application for benefits: YES NO*

**11. DATI RIGUARDANTI IL SERVIZIO MILITARE DEL LAVORATORE NELLE FORZE ARMATE DEGLI STATI UNITI**  
**INFORMATION CONCERNING THE WORKER'S U.S. MILITARY SERVICE**

- A) Il lavoratore ha prestato servizio nelle Forze Armate degli Stati Uniti dopo il 7 settembre 1939? SI NO  
*Was the worker in the active Military or Naval service after September 7, 1939? YES NO*
- B) Indicare il periodo di servizio dal (mm/gg/aaaa) al (mm/gg/aaaa)  
*Enter dates of service from (mm/dd/yyyy) to (mm/dd/yyyy)*
- C) Indicare la denominazione del reparto  
*Enter branch of service*
- D) Grado e numero di matricola  
*Rank and serial number*
- E) Il lavoratore (o altra persona) ha mai ricevuto o si aspetta di ricevere benefici da altre Agenzie federali degli Stati Uniti sul conto del lavoratore stesso? SI NO  
*Has anyone, including the worker, received or expect to receive a benefit from any other U.S. Federal Agency on the worker account? YES NO*

**12. ANNOTAZIONI - REMARKS**

---



---



---



---

**DICHIARAZIONE - DECLARATION**  
**da rilasciare ai fini dell'esame della domanda di**  
**prestazione a carico dell'assicurazione statunitense**  
**with respect to my claim for U.S. Social Security benefits**

Sono a conoscenza che chiunque fornisca o induca a fornire dichiarazioni false o elementi probatori falsi, in una domanda di prestazione o per la determinazione di diritti a prestazione a carico degli U.S.A., commette un reato punibile, ai termini della legge federale degli U.S.A., con ammende, reclusione o ambedue le sanzioni.

Dichiaro che tutte le informazioni fornite in questo documento corrispondono al vero.

*I know that anyone who makes or causes to be made a false statement or representation of material fact in an application or for use in determining a right to payment under the Social Security Act commits a crime punishable under Federal law by fine, imprisonment or both. I affirm that all information I have given in this document is true.*

\_\_\_\_\_  
Firma del/della richiedente  
*Signature of applicant*

\_\_\_\_\_  
Data (mese / giorno / anno)  
*date (month / day / year)*

Numeri di telefono ai quali la Social Security Administration può chiamare il/la richiedente:  
*Telephon numbers at which the Social Security Administration may reach the applicant:*

\_\_\_\_\_

Indirizzo postale del/della richiedente:  
*Mailing address of the applicant:*

\_\_\_\_\_  
(Via, n°, interno, cassetta postale o strada rurale - *Street, number, apt. No., P.O. box, or rural route*)

\_\_\_\_\_  
(Codice postale, città, provincia, Stato - *ZIP Code, City, Province, Country*)

**AVVERTENZA - NOTICE**

**La presenza di due testimoni è necessaria solamente se la domanda è firmata con un segno di croce (X). In tal caso, i testimoni presenti alla firma, che conoscano il/la richiedente, debbono apporre le loro firme negli spazi sotto riservati e fornire il loro indirizzo completo.**

***Two witnesses are required only if this application has been signed by mark (X). In this case, the witnesses to the signing who know the applicant, must sign in the spaces reserved below, giving their full addresses.***

1. Firma del testimone - *Signature of witness*

2. Firma del testimone - *Signature of witness*

\_\_\_\_\_  
Indirizzo del testimone - *Address of witness*

\_\_\_\_\_  
Indirizzo del testimone - *Address of witness*

\_\_\_\_\_  
(Via, n°, città, Stato, Codice postale)  
*(Street, No, City, State, ZIP Code)*

\_\_\_\_\_  
(Via, n°, città, Stato, Codice postale)  
*(Street, No, City, State, ZIP Code)*

**Da compilare da parte dell'I.N.P.S.**  
***To be completed by the I.N.P.S.***

La domanda è pervenuta il \_\_\_\_\_  
*Date of receipt of  
claim*

Si attesta che i dati anagrafici riportati nel presente formulario sono stati rilevati dai documenti originali presentati dall'interessato/a.

*I certify that the vital statistics data transcribed on this form have been taken from original documents produced by the claimant.*

per l'I.N.P.S.  
*on behalf of the I.N.P.S.*

\_\_\_\_\_  
(Luogo e data - *Place and date*)

\_\_\_\_\_  
(Timbro e firma - *Official stamp and signature*)