

**ACCORDO ITALO-STATUNITENSE DI SICUREZZA SOCIALE
ITALY-U.S. INTERNATIONAL SOCIAL SECURITY AGREEMENT**



<p><i>APPLICATION FOR ITALIAN BENEFITS UNDER THE ITALY-U.S. INTERNATIONAL SOCIAL SECURITY AGREEMENT</i></p> <p>Domanda di prestazione italiana in virtù dell'Accordo Internazionale di Sicurezza Sociale Italo-Statunitense</p>	<p>DO NOT WRITE IN THIS SPACE</p> <p>Spazio riservato all'Ufficio competente</p>
---	---

This application should be completed by the worker, or by one of the worker's surviving relatives who is claiming survivors benefits.
 Questa domanda deve essere compilata dal lavoratore oppure da un familiare del lavoratore che presenta domanda di prestazione ai superstiti.

I hereby apply for all Social Security benefits payable to me under the laws of Italy, and to any other family members I have listed herein, so as under the Social Security Agreement between the United States of America and the Italian Republic, as specified on this application.
 Con la presente domanda si richiedono tutte le prestazioni di Sicurezza Sociale alle quali il lavoratore e gli altri familiari appresso indicati hanno diritto in base alla legislazione italiana e all'Accordo di Sicurezza Sociale tra gli Stati Uniti d'America e la Repubblica Italiana, come specificato nella domanda stessa.

1.	<p>(a) <i>Check (V) the type of benefit(s) for which you are applying</i> Contrassegnare (V) il tipo di prestazione(i) per la quale viene presentata la domanda</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;"><i>Retirement or old-age</i> Anzianità o vecchiaia</td> <td style="width: 33%; text-align: center;"><i>Disability</i> Invalidità</td> <td style="width: 33%; text-align: center;"><i>Survivors</i> Superstiti</td> </tr> </table>	<i>Retirement or old-age</i> Anzianità o vecchiaia	<i>Disability</i> Invalidità	<i>Survivors</i> Superstiti		
<i>Retirement or old-age</i> Anzianità o vecchiaia	<i>Disability</i> Invalidità	<i>Survivors</i> Superstiti				
	<p>(b) <i>If you are applying for disability benefits, enter the date the disability began.</i> Se la domanda si riferisce a pensione per invalidità, indicare la data di inizio della stessa.</p>		<i>Date / Data</i>			
	<p>(c) <i>Do you also wish to apply for benefits from the United States?</i> Indicare se si intenda richiedere anche una prestazione a carico degli Stati Uniti.</p>	Yes Si	No No			

2. INFORMATION ABOUT THE WORKER/DATI RIGUARDANTI IL LAVORATORE			
(a) <i>Full name of the worker</i> Generalità del lavoratore	>	<i>First name, middle initial, last name, maiden name for married women.</i> Nome, iniziale del secondo nome, cognome, cognome da nubile per le donne coniugate.	
(b) <i>Name at birth if different from 2 (a)</i> Nome alla nascita, se differente da quello sotto 2 (a)	>		
(c) <i>U.S. Social Security number</i> Numero di posizione della Social Security	(d) <i>Italian insurance Number</i> Numero di assicurazione italiano	<i>Sex/Sesso</i>	<i>Female</i> Femminile
		<i>Male</i> Maschile	

3. INFORMATION ABOUT THE APPLICANT/DATI RIGUARDANTI IL/LA RICHIEDENTE			
(a) <i>First name, middle initial, last name, maiden name for married women.</i> Nome, iniziale del secondo nome, cognome, cognome da nubile per le	(b) <i>Relationship to worker</i> Grado di parentela col lavoratore		
(c) <i>Date of birth (month, day, year)</i> Data di nascita (mese, giorno, anno)	(d) <i>Place of birth (City, state, province, country)</i> Luogo di nascita (Città, stato, provincia, paese)		
(e) <i>Citizenship / Cittadinanza</i>	(f) <i>Country of residence / Paese di residenza</i>		
(g) <i>Marital Status / Stato Civile</i>	<i>Single</i> Celibe/nubile	<i>Married</i> Coniugato/a	<i>Widow/er</i> Vedovo/a
			<i>Divorced</i> Divorziato/a
			<i>Separated</i> Separato/a
(h) <i>Date of marriage (month, day, year), if claimant is the spouse</i> Data del matrimonio (mese, giorno, anno), se il/la richiedente è il coniuge			

**4. REQUEST FOR AUTHORIZATION TO CONTINUE ITALIAN INSURANCE THROUGH VOLUNTARY CONTRIBUTIONS
RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLA PROSECUZIONE DELL'ASSICURAZIONE ITALIANA ATTRAVERSO IL
VERSAMENTO DI CONTRIBUTI VOLONTARI**

If this claim should be denied because of insufficient contributions, do you wish to pay voluntary contributions to obtain additional credit?

Nel caso in cui la presente domanda dovesse essere respinta per insufficienza contributiva, indicare se si desidera versare contributi volontari al fine di ottenere una contribuzione aggiuntiva.

Yes
Si

No

**5. INFORMATION ABOUT FAMILY MEMBERS FOR WHOM FAMILY BENEFITS OR SURVIVOR BENEFIT ARE CLAIMED
DATI RELATIVI ALLE PERSONE PER LE QUALI SI RICHIEDONO PRESTAZIONI FAMILIARI OVVERO
AI RICHIEDENTI LA PENSIONE AI SUPERSTITI**

(a)	(b)	(c)	(d)
<i>Full name (including maiden name of wife)</i> Generalità (compreso cognome da nubile della moglie)	<i>Relationship to worker</i> Grado di parentela col lavoratore	<i>Date of birth (month, day, year)</i> Data di nascita (mese, giorno, anno)	<i>Indicate if "student" or "disabled" (*)</i> Indicare se "studente" o "invalido/a" (*)

(e) *List the name and address of each family member shown above who is not presently living with the worker or who was not living with the worker at the time of death.*

Indicare nome e indirizzo di ciascun familiare a carico che non conviva con il lavoratore o che non conviveva alla data del decesso del lavoratore.

<i>Full name</i> Cognome e nome	<i>Address</i> Indirizzo

() Note: If "disabled" is indicated, submit medical evidence to verify the disability. If "student" is indicated, submit a certificate from the school verifying enrollment. If the student is attending a college or university, the certificate must show the year of first enrollment at the school as well as the anticipated date a degree will be obtained. Family benefits are generally payable for dependent children up to age 18. However, family benefits for dependent children of self-employed workers may be continued up to age 26 for children who are students.*

() Nota: Qualora si indichi "invalido/a", è necessario produrre la certificazione medica per verificare lo stato di invalidità. Qualora si indichi "studente", è necessario produrre un certificato scolastico di iscrizione. Se lo studente frequenta un college o una università, sul certificato dovrà apparire l'anno di immatricolazione e la durata legale del corso di laurea. Le prestazioni familiari vengono generalmente erogate per figli a carico fino ai 18 anni di età. Tuttavia, per figli studenti a carico di lavoratori autonomi esse possono continuare ad essere erogate fino ai 26 anni di età.*

6.	<i>Do you, or does anyone listed in item 5, now have income from employment, self-employment, a pension, or from any other source?</i> Indicare se il/la richiedente, o alcuno dei familiari elencati al Quadro 5, percepisca redditi da attività lavorativa alle dipendenze di terzi, attività lavorativa autonoma, pensione, o altre fonti.		Yes Si	No No
	<i>If "Yes", give: / In caso di risposta affermativa, indicare:</i>			
	<i>Full name</i> Cognome e nome	<i>Type of income</i> Tipo di reddito	<i>Monthly amount</i> Importo mensile	
			€	
			€	
			€	
			€	
			€	
7.	<i>Do you, as the beneficiary of another pension, receive family benefits for any of the family members listed in item 5?</i> Indicare se il/la richiedente, come titolare di altra pensione, percepisca prestazioni familiari per le persone elencate al Quadro 5.		Yes Si	No No
	<i>If "Yes", give: / In caso di risposta affermativa, indicare:</i>			
	<i>Full name of family member</i> Cognome e nome del familiare	<i>Name of insurance institute</i> Nome dell'Istituto assicuratore	<i>Amount of monthly benefits</i> Importo mensile della prestazione	
			€	
			€	
			€	
			€	
			€	
8.	INFORMATION ABOUT THE CLAIMANT'S WORK ACTIVITY DATI RELATIVI ALL'ATTIVITÀ LAVORATIVA DEL/DELLA RICHIEDENTE			
	(a) Are you still working? Indicare se attualmente lavora		Yes / Si If yes, also answer (b) In caso di risposta affermativa rispondere anche a (b) No If no, also answer (c) In caso di risposta negativa rispondere anche a (c)	
	(b) If yes, are you working as In caso di risposta affermativa, indicare se trattasi di attività lavorativa		<i>an employee / dipendente</i> <i>a self-employed person / autonoma</i>	
(c) If "no", give the date you stopped working In caso di risposta negativa, indicare la data di cessazione dell'attività lavorativa		Month / Mese Day / Giorno Year / Anno		

9.	<p>If you are married, is your spouse, as the beneficiary of another pension, receiving family benefits for any of the children listed in item 5? Se il/la richiedente è coniugato/a, indicare se il coniuge percepisce prestazioni familiari per alcuno dei figli elencati al Quadro 5.</p>		Yes Si	No	
	<p>If "Yes", indicate: / In caso di risposta affermativa, indicare:</p>				
	<p>Full Name of child Cognome e nome dei figli</p>	<p>Name of insurance institute Nome dell'Istituto assicuratore</p>	<p>Amount of monthly benefits Importo mensile della prestazione</p>		
		€			
		€			
		€			
10.	<p>INFORMATION ABOUT THE DECEASED WORKER (to be completed if applying for survivors benefits) DATI RELATIVI AL LAVORATORE DECEDUTO (da compilare nel caso di domanda di pensione ai superstiti)</p>				
	(a) Date of birth (mm/dd/yyyy) - Data di nascita (mm/gg/aaaa)		(b) Place of birth (City, state, country) - Luogo di nascita (Città, provincia, stato)		
	(c) Marital Status / Stato Civile				
	Single Celibe/nubile	Married Coniugato/a	Widow/er Vedovo/a	Divorced Divorziato/a	Separated Separato/a
	(d) Citizenship / Cittadinanza		(e) Place of death /Luogo del decesso	(f) Date of death (month, day, year) Data del decesso (mese, giorno, anno)	
	(g) Was the deceased worker receiving benefits from Italy or the United States? Indicare se il lavoratore deceduto percepiva prestazioni a carico di uno o di ambedue gli Stati indicati al n. 1			Yes Si	No
	<p>If "Yes", indicate: / In caso di risposta affermativa, indicare:</p>				
<p>Type of benefit Tipo di prestazione</p>		<p>Account number Numero della pensione</p>	<p>Paying agency Istituto debitore</p>		
11.	<p>INFORMATION ABOUT SURVIVING FAMILY MEMBERS (to be completed if applying for survivors benefits) DATI RELATIVI AI FAMILIARI SUPERSTITI (da compilare nel caso di domanda di pensione ai superstiti)</p>				
	(a) If you are claiming benefits as the surviving spouse did your marriage to the deceased end by divorce or annulment? Nel caso la domanda di pensione venga presentata dal coniuge superstite, indicare se il matrimonio con il/la deceduto/a sia terminato con un divorzio o sia stato annullato.			Yes Si	No
	<p>If "Yes", indicate whether the decree is final: In caso di risposta affermativa, indicare se la sentenza è passata in giudicato: _____></p>			Yes Si	No
	(b) If you are claiming benefits as the surviving spouse, have you remarried since the death of the worker? Nel caso la domanda di pensione venga presentata dal coniuge superstite, indicare se quest'ultimo abbia contratto nuovo matrimonio dopo il decesso del lavoratore.			Yes Si	No
	<p>If "Yes", indicate the date of marriage: In caso di risposta affermativa, precisare la data del matrimonio: _____></p>			month, day, year / mese, giorno, anno	
	(c) If the claim for benefits is filed by the parent(s) of the deceased worker, indicate whether the deceased worker is survived by a spouse or children: Nel caso che richiedente/i la pensione sia/siano uno o entrambi i genitori del lavoratore deceduto, indicare se il lavoratore stesso abbia lasciato superstiti il coniuge o i figli: _____>			spouse/coniuge Yes Si No	children/figli Yes Si No
	<p>If the claim for benefits is filed by an unmarried brother(s) or the sister(s) of the deceased worker, indicate whether the deceased worker is survived by a spouse, children or parents: Nel caso che richiedente/i la pensione sia/siano il/i fratello/i celibe/i o la/le sorella/e nubile/i del lavoratore deceduto, indicare se il lavoratore stesso abbia lasciato superstiti il coniuge, i figli o i genitori:</p>				
spouse / coniuge		Yes Si	No	children / figli	Yes No
				parents / genitori	Yes No
					No

**12. PERIODS OF EMPLOYMENT OR SELF-EMPLOYMENT OF THE WORKER, COVERED BY INSURANCE SYSTEM IN ITALY.
 PERIODI DI ATTIVITÀ LAVORATIVA EFFETTUATI DAL LAVORATORE ALLE DIPENDENZE DI TERZI, O IN PROPRIO, COPERTI DAL SISTEMA PREVIDENZIALE ITALIANO.**

(a)	(b)	(c)	(d)	(e)
<i>Periods of work covered by Italy (*)</i> Periodi di attività lavorativa compiuti in Italia (*)	<i>Name and address (city, province, street, number) of the employer. If self-employed show "self" and the address where the self-employment was performed (**)</i> Nome e indirizzo (città, provincia, via, numero) del datore di lavoro. Nel caso di lavoro autonomo indicare "in proprio", nonché l'indirizzo presso il quale è stata svolta l'attività autonoma stessa (**)	<i>Type of industry of business</i> Tipo di attività	<i>Italian Agency to which contributions were paid</i> Istituto Assicuratore italiano al quale sono stati versati i contributi	<i>Account number in the Italian social security institute (if known)</i> N. di assicurazione (se conosciuto) presso l'Istituto Assicuratore Italiano
<i>From</i> <i>To</i> dal al				

(*) *Indicate all coverage periods even if before 1937. / Indicare tutti i periodi, anche se anteriori al 1937.*

(**) *In case of periods comparable to periods of work (i.e. military services, illness, etc.) submit documentation.*

Nel caso di periodi assimilabili a periodi di lavoro (p. es.: servizio militare, malattia, ecc.) allegare la documentazione.

13. PERIODS OF MILITARY SERVICE / PERIODI DI SERVIZIO MILITARE

Was the worker in the active military or naval service of Italy or the United States (including U.S. Reserve or U.S. National Guard active duty or active duty for training) after September 7, 1939?
 Indicare se il lavoratore ha prestato servizio militare o navale attivo nelle Forze Armate Italiane o Statunitensi (compreso servizio attivo nelle Forze Armate di Riserva o nella Guardia Nazionale degli S.U., o addestramento militare nelle Forze Armate degli S.U.) dopo il 7 settembre 1939.

Yes No
 Si No

(a) *If "Yes", indicate dates of active service: / In caso di risposta affermativa, indicare le date di servizio:*

<i>From (mm/dd/yyyy) da (gg/mm/aaaa)</i>	<i>To (mm/dd/yyyy) a (gg/mm/aaaa)</i>	<i>Military Branch Ramo di servizio</i>	<i>Country served Paese nel quale si è prestato servizio</i>

(b) *Specify whether anyone (living or deceased) received, or expect to receive, a benefit from any U.S. Federal Agency based on the worker's service. List any such individuals:*

Indicare se alcuna persona (vivente o deceduta) abbia già percepito o conti di percepire una prestazione da qualsiasi Ente Federale degli Stati Uniti, in base al servizio del lavoratore. Elencare il/i nome/i di detta/e persona/e:

<i>Full Name /Generalità</i>	<i>Relationship Grado di parentela</i>	<i>Federal Agency Agenzia Federale</i>

17. DECLARATION FOR PERSONS CLAIMING ITALIAN OLD-AGE BENEFITS

DICHIARAZIONE PER I RICHIEDENTI LA PENSIONE DI VECCHIAIA ITALIANA

In compliance with art. 6 of law n. 155 of 23-4-1981, an old age benefit is payable from the 1st day of the month following that in which the insured person has reached pensionable age or, in cases where on that date the insurance and contribution requirements have not yet been completed, from the 1st day of the month following that in which such requirements have been fulfilled. If on the contrary, the insured person wishes the payment of the benefit in question to take place on the 1st day of the month following that in which the claim was submitted, a precise request should be made. Relating to what is specified above, if this claim is granted, the undersigned asks that the benefit be paid from:

Ai sensi dell'art. 6 della legge 23-4-1982, n. 155, la pensione di vecchiaia decorre dal 1° giorno del mese successivo a quello nel quale l'assicurato ha compiuto l'età pensionabile ovvero, nei casi in cui a tale data non risultino perfezionati i requisiti di anzianità assicurativa e contributiva, dal 1° giorno del mese successivo a quello in cui i requisiti suddetti vengono raggiunti. Ove l'interessato desidera, invece, che la decorrenza della pensione venga fissata al 1° giorno del mese successivo a quello di presentazione della domanda, dovrà richiederlo espressamente. In relazione a quanto sopra, il/la sottoscritto/a chiede che, in caso di accoglimento della presente domanda, la pensione venga liquidata a decorrere:

the first day of the month following that in which pensionable age has been reached or necessary requirements have been completed
dal primo giorno del mese successivo a quello in cui ha compiuto l'età pensionabile o ha perfezionato i requisiti

the first day of the month following that in which the claim in question has been submitted
dal primo giorno del mese successivo a quello di presentazione della relativa domanda

NOTE: Indicate an X in the appropriate block / Segnare con X la casella che interessa.

18. REMARKS / OSSERVAZIONI

19. IF YOU WISH ASSISTANCE FROM A "PATRONATO" PLEASE COMPLETE THE FOLLOWING SEZIONE SE DESIDERATE ASSISTENZA DA UN PATRONATO PER FAVORE COMPLETATE LA PRESENTE SEZIONE

MANDATE FOR ASSISTANCE AND DELEGATION

MANDATO DI ASSISTENZA E DI RAPPRESENTANZA

I hereby delegate the "Patronato" to represent and assist me free charge for administrative purposes under D.L.C.P.S. 29.7.1947, No. 804 and successive amendments and integrations. For this purpose, according to art. 47 on the Italian civil code, my postal address is care of the above named "Patronato".

This mandate is valid for all administrative operations leading to the achievement of the benefit claimed.

Date _____ Signature _____

(if the claimant signs with a mark (X) the signature must be validated by two witnesses signature)

Delego il Patronato a rappresentarmi ed assistermi gratuitamente in sede amministrativa, ai sensi e per gli effetti di cui al D.L.C.P.S. 29.7.1947, N. 804 e successive modificazioni ed integrazioni e, a tal fine, eleggo domicilio a norma dell'art. 47 del codice civile, presso la sede del suddetto Patronato.

Il presente mandato vale per tutte le fasi del procedimento amministrativo ai fini del conseguimento della prestazione.

Data _____ Firma _____

(in caso di firma con un segno di croce occorre la convalida di due testimoni)

Official Stamp of "Patronato"
Timbro Ente di Patronato

Office /Ufficio

No. of file / N. pratica

With respect to my claim for benefits in Italy, I hereby STATE, under civil and penal responsibility, that all the information in the application conforms with the truth, and I pledge myself to report to the competent Insurance Institute, within 30 days from the day it may occur, any change in the composition of the family, and new pension payment, or any change in one already granted, and any other event which may change the content of the statements above.

Ai fini dell'esame della mia domanda di prestazione a carico dell'Italia, DICHIARO, sotto la mia responsabilità civile e penale, che tutte le informazioni fornite nella presente domanda sono conformi al vero e mi impegno a comunicare all'Istituto Assicuratore competente, entro 30 giorni dal suo verificarsi, qualsiasi variazione della composizione familiare, qualsiasi nuova liquidazione di pensione o variazione di quelle già concesse ed ogni altro evento che modifichi il contenuto di quanto sopra descritto.

**SIGNATURE OF THE APPLICANT
FIRMA DEL/DELLA RICHIEDENTE**

Date (month, day, year) / Data (mese, giorno, anno)

SIGN HERE / FIRMARE QUI

Telephone number(s) at which you may be contacted during the day
Numeri di telefono ai quali il/la richiedente può essere chiamato/a durante il giorno

Mailing address of the applicant: (street, number, apt., P.O. box, or rural route) (1)
Indirizzo postale del/della richiedente: (via, numero, interno, casella postale o strada rurale) (1)

City and state / Città e stato (1)

Zip code / Codice postale

County (if any) or province (1)
Contea (se esistente) o provincia (1)

Country / Stato (1)

NOTICE: Two witnesses are required only if this application has 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 address.

AVVERTENZA: La presenza di due testimoni è necessaria solamente se la presente 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.

1. Signature of witness / Firma del testimone

2. Signature of witness / Firma del testimone

Address of witness / Indirizzo del testimone

Address of witness / Indirizzo del testimone

(1) Write in block letters
(1) Scrivere in stampatello

RECEIPT / RICEVUTA

This receipt will be completed by the Social Security Administration and returned to the applicant when the application is filed.

La presente ricevuta viene compilata a cura della Social Security Administration, che la restituisce al richiedente nel momento in cui viene acquisita la domanda.

Mr./Mrs. _____ has presented claim
Il Sig./La Sig.ra _____ (given Name/s and Last Name - Nome/i Cognome) ha presentato domanda
for a _____ pension under the Italian
di pensione di _____ (Type of claim - Tipo di domanda) in base al Sistema Italiano
Social Security System on _____
di Sicurezza Sociale il _____ (Date - Data)

Official Stamp
Timbro

Signature of SSA Official
Firma del funzionario della SSA