



SOLICITUD DE APLAZAMIENTO DE PAGO POR INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL

OMB N.º 1845-0011
Formulario aprobado
Fecha de vencimiento:
30 de septiembre de 2018

TDIS

Programa federal de préstamos educativos William D. Ford Direct Loan Program (Direct Loan Program) / Programa federal de préstamos educativos Federal Family Education Loan Program (FFEL)

ADVERTENCIA: Toda persona que, a sabiendas, haga una declaración falsa o coloque datos equivocados en este formulario o en cualquier documento adjunto estará sujeta a penalizaciones que podrían incluir multas, encarcelamiento o ambos, según lo establecido por el Código Penal de los Estados Unidos y 20 U.S.C. C. 1097.

SECCIÓN 1: IDENTIFICACIÓN DEL PRESTATARIO

Ingrese o corrija la siguiente información.

Marque este casillero si ha cambiado alguno de los datos.

Número del Seguro Social _____ - _____ - _____

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad, Estado, Código Postal _____, _____

Teléfono - Principal (_____) _____ - _____

Teléfono - Alternativo (_____) _____ - _____

Dirección de correo electrónico (opcional) _____

SECCIÓN 2: DETERMINACIÓN DEL OTORGAMIENTO DEL APLAZAMIENTO DE PAGO AL PRESTATARIO

Lea todo el formulario con atención antes de completarlo. El período máximo del derecho a participar de este aplazamiento de pago es de 36 meses. Para calificar, usted debe contar con un saldo pendiente en un préstamo del Programa FFEL desembolsado por primera vez *antes* del 1º de julio de 1993, o haya tenido un saldo en un préstamo del Programa FFEL desembolsado por primera vez *antes* del 1º de julio de 1993, cuando obtuvo un préstamo *a partir del* 1º de julio de 1993.

1. ¿Está totalmente incapacitado por el momento?
 - Sí - Continúe al punto 2.
 - No - Salte al punto 6.
2. ¿Es incapaz de trabajar y ganar dinero o asistir a una institución educativa por lo menos 60 días para recuperarse de una lesión o enfermedad?
 - Sí - Continúe al punto 3.
 - No - Usted no reúne los requisitos para este aplazamiento de pago.
3. ¿Está presentando la solicitud para este aplazamiento de pago debido a una enfermedad o lesión que existía antes de solicitar sus préstamos? Para los préstamos de consolidación, responda en función de su salud cuando recibió los préstamos consolidados.
 - Sí - Continúe al punto 4.
 - No - Salte al punto 5.
4. ¿Esa enfermedad o lesión se deterioró considerablemente desde que recibió sus préstamos?
 - Sí - Continúe al punto 5.
 - No - Usted no reúne los requisitos para este aplazamiento de pago.
5. ¿Está solicitando el aplazamiento de pago en función de un embarazo sin complicaciones?
 - Sí - Usted no reúne los requisitos para recibir este aplazamiento de pago.
 - No - Continúe a la Sección 3 y solicite a un médico complete la Sección 4.
6. ¿Está cuidando a un cónyuge o dependiente que se encuentra totalmente incapacitado por el momento?
 - Sí - Continúe al punto 7.
 - No - Usted no reúne los requisitos para este aplazamiento de pago.
7. ¿Su cónyuge o dependiente tienen una lesión o enfermedad que requiera un mínimo de 90 días de cuidados continuos o atención similar de su parte?
 - Sí - Continúe al punto 8.
 - No - Usted no reúne los requisitos para este aplazamiento de pago.
8. ¿El cuidado que proporciona le impide obtener un empleo a tiempo completo (ver Sección 6)?
 - Sí - Continúe al punto 9.
 - No - Usted no reúne los requisitos para este aplazamiento de pago.
9. ¿Está solicitando el aplazamiento de pago en función del embarazo sin complicaciones de su cónyuge o dependiente?
 - Sí - Usted no reúne los requisitos para recibir este aplazamiento de pago.
 - No - Complete la Sección 3 y solicite a un médico complete la Sección 4.

Nombre del prestatario: _____ Número de Seguro Social del prestatario: ____ - ____ - _____

SECCIÓN 3: SOLICITUD, ENTENDIMIENTO, CERTIFICACIÓN Y AUTORIZACIÓN DEL PRESTATARIO

Solicito:

- Aplazar el pago de mis préstamos para el período durante el cual cumpla con los requisitos de participación descritos en la Sección 2. Si solicito el aplazamiento de pago en función del cuidado de mi cónyuge o dependiente, su información es la siguiente:

Nombre del Cónyuge/Dependiente _____ Relación conmigo: _____

- Si se indica más adelante, pagar los intereses que se acumulen sobre mis préstamos sin subsidio durante el aplazamiento de pago.
 Quisiera pagar los intereses de mis préstamos durante mi aplazamiento de pago.

Entiendo que:

- No estoy obligado a hacer pagos del capital del préstamo o de intereses durante mi aplazamiento de pago.
- Mi aplazamiento de pago comenzará en la fecha en la que haya sido autorizado el aplazamiento de pago, según lo certificado por el médico.
- Mi aplazamiento de pago vencerá en la fecha en la que haya dejado de cumplir con los requisitos para recibir el aplazamiento de pago, 6 meses a partir de la fecha en la que comienza mi aplazamiento de pago, o cuando el médico certifique que ya no cumpla con los requisitos para recibir el aplazamiento de pago, lo que ocurra primero.
- Es posible que se capitalicen los intereses de mis préstamos durante mi aplazamiento de pago o suspensión temporal de cobro, o una vez vencido tal aplazamiento de pago o suspensión temporal de cobro.

Certifico que:

- La información que he proporcionado en este formulario es verdadera y correcta.
- Presentaré documentación adicional a mi acreedor, según sea necesario, para sustentar mi aplazamiento de pago.
- Notificaré a mi acreedor de inmediato cuando deje de cumplir con los requisitos para recibir el aplazamiento de pago.
- He leído, entendido y cumplido con los requisitos de participación de la Sección 2.

Autorizo a la entidad ante la cual presento esta solicitud y a sus representantes a que se comuniquen conmigo con respecto a mi solicitud o mis préstamos a cualquier número de teléfono celular que proporcione en este momento o en el futuro mediante el uso de sistemas de marcado automático o mensajes de voz o de texto artificiales o pregrabados.

Firma del Prestatario/Representante: _____ **Fecha:** ____ - ____ - _____

Nombre del Representante (si corresponde): _____ Relación con el prestatario: _____

Dirección del Representante: _____ Teléfono del Representante: (_____) _____ - _____

SECCIÓN 4: CERTIFICACIÓN DEL MÉDICO

Nota: Como alternativa a completar esta sección, podrá adjuntar documentación por separado de un médico u osteópata legalmente autorizado para ejercer que incluya toda la información solicitada a continuación.

- Marque una de las opciones:
 - El prestatario no puede trabajar y ganar dinero o asistir a una institución educativa por al menos 60 días debido a un impedimento médicamente determinable.
 - La persona identificada en la Sección 3 requiere de cuidados continuos o atención similar por un período de por lo menos 90 días.
- ¿Cuándo comenzó la condición de discapacidad o cuidado?
____ - ____ - _____
- ¿Cuándo se espera que termine la condición de discapacidad o cuidado?
____ - ____ - _____
- ¿Cuál es el diagnóstico actual de la persona con discapacidad?

SECCIÓN 4: CERTIFICACIÓN DEL MÉDICO (CONTINUACIÓN)

Certifico, a mi leal saber y entender, y en virtud de mi mejor opinión médica, que:

- la información que he proporcionado en esta sección acerca de la persona con discapacidad es precisa; y
- soy un médico u osteópata legalmente autorizado para ejercer.

Nombre del Médico: _____

Teléfono: (_____) _____ - _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____, ____ _____

Firma del Médico: _____

Fecha: ____ - ____ - _____

SECCIÓN 5: INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA SOLICITUD DE APLAZAMIENTO DE PAGO

Imprima o escriba con letra imprenta y tinta oscura. Complete las fechas en formato mes-día-año (mm-dd-aaaa). Ejemplo: 14 de marzo de 2015 = 03-14-2015. Incluya su nombre y su número de cuenta en cualquier documentación que presente con este formulario. Si quiere solicitar un aplazamiento de pago para préstamos con otros acreedores, debe enviar una solicitud de aplazamiento separada a cada uno. **Envíe el formulario completo y cualquier documentación necesaria a la dirección que se indica en la Sección 7.**

SECCIÓN 6: DEFINICIONES

La **capitalización** es la suma de intereses no pagados al saldo de capital de su préstamo. La capitalización genera más intereses a devengar durante la validez de su préstamo y es posible que haga que el monto de su pago mensual aumente. La Tabla 1 (a continuación) es un ejemplo de los pagos mensuales y del importe total pagado por un préstamo sin subsidio de \$30,000. El préstamo que se toma como ejemplo tiene una tasa de interés del 6% y el aplazamiento de pago o suspensión temporal de cobro que se toma como ejemplo tiene una duración de 12 meses y comienza cuando el préstamo comienza a pagarse. El ejemplo compara los efectos de pagar los intereses a medida que se devengan o permitir su capitalización.

El **aplazamiento de pago** es un período durante el cual usted tiene derecho a posponer el pago de sus préstamos. No se le suelen cobrar los intereses durante un aplazamiento de pago de sus préstamos con subsidio. Siempre se le cobran intereses durante un aplazamiento de pago de sus préstamos sin subsidio.

El **Programa federal de préstamos educativos Federal Family Education Loan Program (FFEL)** incluye Préstamos federales Stafford, Préstamos federales PLUS, Préstamos federales de Consolidación y Préstamos Complementarios para Estudiantes (SLS).

El **empleo a tiempo completo** implica trabajar al menos 30 horas por semana en un puesto que se espera que dure por lo menos 3 meses consecutivos.

El **acreedor** de sus Préstamos del Direct Loan Program es el Departamento. El acreedor de sus préstamos del Programa FFEL puede ser un prestamista, una agencia garante de préstamos, un mercado secundario, o el Departamento. Su acreedor podrá utilizar una entidad administradora de préstamos para que se encargue de la factura y de otras comunicaciones relacionadas con sus préstamos. Las referencias a “su acreedor” hechas en el presente formulario indican al acreedor de su préstamo o la entidad que lo administra.

Un **préstamo con subsidio** es un Préstamo con subsidio del Direct Loan Program, un Préstamo de Consolidación con subsidio del Direct Loan Program, un Préstamo Federal Stafford con subsidio, y partes de algunos Préstamos federales de Consolidación.

El **préstamo sin subsidio** es un Préstamo sin subsidio del Direct Loan Program, un Préstamo de Consolidación sin subsidio del Direct Loan Program, un Préstamo PLUS del Direct Loan Program, un Préstamo Federal Stafford sin subsidio, un Préstamo Federal PLUS, un Préstamo Federal Complementario para Estudiantes y partes de algunos Préstamos federales de Consolidación.

El **Programa federal de préstamos educativos William D. Ford Federal Direct Loan Program** incluye Préstamos Federales Stafford/Ford (con subsidio) del Direct Loan Program, Préstamos federales Stafford/Ford del Direct Loan Program (sin subsidio), Préstamos PLUS del Direct Loan Program y Préstamos Federales de Consolidación del Direct Loan Program.

SECCIÓN 6: DEFINICIONES (CONTINUACIÓN)

Tabla 1. Cuadro de Capitalización

Tratamiento de los intereses con aplazamiento de pago/suspensión temporal de cobro	Monto del préstamo	Intereses capitalizados	Capital pendiente	Pago mensual	Cantidad de pagos	Total del monto pagado
Intereses pagos	\$30,000	\$0	\$30,000	\$333	120	\$41,767
El interés se capitaliza al final	\$30,000	\$1,800	\$31,800	\$353	120	\$42,365
El interés se capitaliza trimestralmente y al final	\$30,000	\$1,841	\$31,841	\$354	120	\$42,420

SECCIÓN 7: ADÓNDE ENVIAR LA SOLICITUD DE APLAZAMIENTO DE PAGO COMPLETADA

Envíe el formulario completo y toda la documentación necesaria a:

(Si no aparece una dirección, envíela a la entidad que administre sus préstamos).

Si necesita ayuda para completar este formulario, llame a:
(Si no aparece un número de teléfono, llame a la entidad que administre sus préstamos).

SECCIÓN 8: AVISOS IMPORTANTES

Aviso sobre la Ley de Confidencialidad de la Información La Ley de Confidencialidad de la Información de 1974 (5 U. S. C. 552a) exige que se le hagan los siguientes avisos:

Las secciones que autorizan a recopilar la información solicitada de usted y acerca de su persona son las §421 y ss. y las §451 y ss. de la Ley de Educación Superior de 1965 y sus enmiendas (20 U. S. C. 1071 y ss. y 20 U. S. C. 1087a y ss.) y las secciones que autorizan a recopilar y utilizar su Número de Seguro Social (SSN) son las §§428B(f) y las 484(a)(4) de la Ley de Educación Superior (20 U.S.C. 1078-2(f) y 1091(a)(4)) y 31 U.S.C. 7701(b). Participar en el Programa federal de préstamos educativos Federal Family Education Loan Program (FFEL) o el Programa federal de préstamos educativos William D. Ford Federal Direct Loan (Direct Loan) y darnos su número de Seguro Social es a voluntad. No obstante, para participar, debe brindarnos la información solicitada, que incluye su Número de Seguro Social.

El objetivo principal de reunir información en este formulario, incluido su número de Seguro Social, es verificar su identidad, para determinar su derecho a recibir un préstamo o el beneficio de un préstamo (como el aplazamiento de un pago, la suspensión temporal de cobro, la condonación o la anulación) del Programa FFEL y/o del Direct Loan Program, para permitir la administración de sus préstamos y, de ser necesario, ubicarlo para cobrar sus

préstamos y elaborar un informe sobre los mismos, en caso de que se registren retrasos en los pagos o que incurra en un incumplimiento de pago. También utilizamos su número de Seguro Social para identificar su cuenta y permitirle el acceso a la información de su cuenta por vía electrónica.

La información que consta en su archivo podría divulgarse, según el caso o en virtud de un programa de cotejo electrónico de datos, a terceros de acuerdo con lo autorizado para el uso normal en los avisos de sistemas de registro de datos apropiados. El uso normal de esta información incluye, entre otras cosas, su divulgación a agencias federales, estatales o locales, a terceros privados, como parientes, empleadores actuales o anteriores, socios comerciales y personales, agencias de información al consumidor, instituciones financieras y educativas y agencias garantes de préstamos para verificar su identidad, determinar si cumple con los requisitos para recibir un préstamo o un beneficio sobre un préstamo, permitir la revisión o el cobro de su préstamo, hacer cumplir los términos de su préstamo, investigar posibles fraudes y verificar el cumplimiento de las regulaciones del programa federal de ayuda económica para estudiantes, o para ubicarlo si los pagos de su préstamo entran en morosidad o incurre en su incumplimiento. Para proporcionar cálculos de índices de incumplimiento de pago, puede revelarse información a agencias garantes de

SECCIÓN 8: AVISOS IMPORTANTES (CONTINUACIÓN)

préstamos, instituciones financieras y educativas o a agencias estatales. Para proporcionar información sobre el historial de asistencia financiera, podría divulgarse información a instituciones educativas. Para ayudar a los administradores del programa a hacer un seguimiento de los reembolsos y las anulaciones, podría divulgarse información a agencias garantes de préstamos, a instituciones financieras y educativas o a agencias federales o estatales. Para proporcionar un método estandarizado para que las instituciones educativas envíen el estado de matrícula de los estudiantes de manera eficiente, podría divulgarse información a agencias garantes de préstamos o a instituciones financieras y educativas. Para brindarle asesoramiento sobre el pago de sus préstamos, podría divulgarse información a agencias garantes de préstamos, instituciones financieras y educativas o agencias federales, estatales o locales.

En caso de litigio, podríamos enviar los registros al Departamento de Justicia, un tribunal, una entidad jurídica, un abogado, una parte o un testigo si la divulgación de información es relevante y necesaria para el litigio. Si tal información, ya sea sola o junto con otra información, indica una potencial violación de la ley, podríamos enviarla a la autoridad correspondiente para que se tomen medidas. Podríamos enviar información a miembros del Congreso si les pide que lo ayuden con cuestiones de ayuda federal para estudiantes. En circunstancias que impliquen demandas, reclamos o medidas disciplinarias laborales, podríamos dar a conocer registros relevantes para juzgar o investigar los problemas. Si así lo establece una convención colectiva de trabajo, podríamos divulgar registros a una organización laboral reconocida en virtud de 5 U.S.C. Capítulo 71. Podría divulgarse información a nuestros contratistas a los fines de realizar cualquier función programática que requiera la divulgación de registros. Antes de llevar a cabo cualquier tipo de divulgación, exigiremos al contratista que cumpla con la Ley de Confidencialidad de la Información. También podría divulgarse información a investigadores calificados mediante la Ley de Confidencialidad de la Información.

Aviso de reducción de trámites. De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites (Paperwork Reduction Act) de 1995, no será obligatorio responder a un instrumento de recolección de datos, a menos que este muestre un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés). El número de control válido para este instrumento de recolección de datos es 1845-0011. El tiempo requerido para completar este instrumento de recolección de datos está calculado en base a un promedio de diez (10) minutos por respuesta, incluido el tiempo necesario para revisar las instrucciones,

buscar las fuentes de datos existentes, recopilar y mantener los datos necesarios, y completar y revisar la información. La obligación de responder a este instrumento de recopilación de datos es necesaria para obtener un beneficio de acuerdo con 34 CFR 682.210 o 685.204. Si tiene algún comentario para hacer o alguna inquietud sobre el estado del formulario que envió, comuníquese directamente con la entidad que administra su préstamo (Refiérase a la Sección 7).