

SOLICITUD DE APLAZAMIENTO POR INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL

Programa Federal de Préstamos Directos William D. Ford

ADVERTENCIA: Cualquier persona que, a sabiendas, proporcione información o declaraciones falsas en este formulario estará sujeta a sanciones que pueden incluir multas, encarcelamiento o ambos, según el Código Penal de EE.UU. y 20 U.S.C. 1097.

Nro. de OMB: 1845-0011
Formulario aprobado
Fecha de exp. 5/31/2012

TDIS

SECCIÓN 1: IDENTIFICACIÓN DEL PRESTATARIO

Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Número de seguro social
Dirección: calle			Código de área/número de teléfono ()
Ciudad			Código de área/número de teléfono (otro) ()
Estado		Código postal	Dirección de email (opcional)

SECCIÓN 2: SOLICITUD DE APLAZAMIENTO

Antes de llenar este formulario, léalo cuidadosamente, incluyendo las instrucciones e información de las secciones 5, 6 y 7. Un representante puede llenar y firmar este formulario a nombre suyo si usted no lo puede hacer debido a su incapacidad.

NOTA: sólo podrá recibir este aplazamiento si tenía un saldo pendiente en un préstamo del Programa Federal de Préstamos para Educación de la Familia (FFEL) otorgado antes del 1 de julio de 1993 cuando recibió su primer Préstamo Directo.

■ Cumpló con los criterios de elegibilidad indicados en la sección 7 para la condición seleccionada a continuación y solicito al Departamento de Educación de EE.UU. (el Departamento) que posponga el pago de mi(s) préstamo (s) mientras me encuentre **INCAPACITADO/A TOTALMENTE EN FORMA TEMPORAL** o mientras no pueda trabajar por cuidar a mi cónyuge o dependiente que se encuentra **INCAPACITADO/A TOTALMENTE EN FORMA TEMPORAL**. Marque la casilla que corresponda:

- Me encuentro incapacitado. Estoy cuidando a mi cónyuge o dependiente, cuyo nombre se indica a continuación, que se encuentra incapacitado/a.

NOMBRE DEL CÓNYUGE O DEPENDIENTE _____ PARENTEZCO CON EL PRESTATARIO _____

SECCIÓN 3: DECLARACIONES, CERTIFICACIONES Y AUTORIZACIONES DEL PRESTATARIO

- **Autorizo** a cualquier médico, hospital u otra institución que tenga documentación sobre la incapacidad para la que solicito este aplazamiento, que suministre toda información pertinente al Direct Loan Servicing Center del Departamento.
- **Autorizo** a mis universidades, al Departamento de Educación y a sus respectivos agentes y contratistas a comunicarse conmigo en relación a mi solicitud de préstamo o mi préstamo, incluido el pago de mi préstamo, llamando a mi número de teléfono actual o a cualquier número futuro que proporcione como teléfono celular o cualquier otro medio de comunicación móvil mediante equipos de marcación automática o artificial o mensajes de voz o texto pregrabados.
- **Entiendo** que los siguientes términos y condiciones se aplican a este aplazamiento: (1) No tendré que efectuar pagos del capital del préstamo. No se acumularán intereses en los préstamos con subsidio. Sin embargo, se cobrarán intereses en los préstamos sin subsidio. En el caso de préstamos sin subsidio, recibiré trimestralmente una declaración de intereses y podré pagar esos intereses en cualquier momento. Si no los pago, se capitalizarán al finalizar el período de aplazamiento. (2) Mi aplazamiento comenzará en la fecha en que iniciara la codición que me califica para este aplazamiento. (3) Mi aplazamiento finalizará (A) cuando la condición que me califica para este aplazamiento finalice o (B) cuando se supone que la condición que me califica para este aplazamiento finalice, certificado por el funcionario autorizado que llene la sección 4 de este formulario, lo que suceda primero. Sin embargo, la duración máxima del aplazamiento será de seis meses a partir de la fecha en que el médico certifique mi condición en este formulario. (4) Si el aplazamiento no cubre todos mis pagos atrasados, el Departamento podría otorgarme una indulgencia para cubrir los pagos que venzan antes del inicio del aplazamiento. Si el período de aplazamiento termina, el Departamento podría otorgarme una indulgencia para cubrir los pagos que venzan durante el procesamiento del aplazamiento. (5) El Departamento podría otorgarme una indulgencia de hasta 60 días, de ser necesario, para el cobro y procesamiento de la documentación relacionada con mi solicitud de aplazamiento. El Departamento no capitalizará los intereses que se acumulen durante esta indulgencia. (6) Si soy veterano, entiendo que la certificación de este formulario por parte de un médico sólo tiene la finalidad de establecer mi elegibilidad para recibir este aplazamiento y no a efectos de determinar mi elegibilidad o la medida de mi elegibilidad para recibir beneficios del Departamento de Asuntos de Veteranos.
- **Certifico** que: (1) La información que suministro en este formulario es fidedigna y correcta. (2) Tenía un saldo pendiente en un préstamo del Programa FFEL otorgado antes del 1 de julio de 1993 cuando recibí mi primer Préstamo Directo. (3) Suministraré al Direct Loan Servicing Center la documentación adicional que se requiera para respaldar mi elegibilidad en este aplazamiento. (4) Informaré de inmediato al Direct Loan Servicing Center si dejó de reunir las condiciones para este aplazamiento. (5) He leído, entiendo y cumpro con los requisitos de elegibilidad del aplazamiento que ahora solicito.

FIRMA DEL PRESTATARIO O DE SU REPRESENTANTE _____ FECHA _____

Nombre del representante (si corresponde) _____ Parentezco con el prestatario _____

Dirección del representante _____

SECCIÓN 4: CERTIFICACIÓN DEL MÉDICO

Instrucciones para el médico: Tenga a bien llenar y firmar este formulario para certificar que el prestatario o que el cónyuge o dependiente del prestatario identificado en la sección 2, se encuentra incapacitado totalmente en forma temporal. Sólo puede llenar este formulario si es **doctor en medicina u osteopatía** autorizado legalmente para ejercer. Sólo firme la certificación si la condición de la persona incapacitada satisface la definición de Incapacitado totalmente en forma temporal que se encuentra en la sección 6. Llene toda la información que se le solicita (puede adjuntar páginas adicionales). Indique las fechas como mes-día-año.

- La persona incapacitada se quedó imposibilitada de trabajar y ganar dinero, asistir a una institución educativa o necesitaba cuidado de enfermería o cuidado similar a partir del

____-____-____. Se supone que la condición de incapacidad o el cuidado finalizará el ____-____-____.

- Diagnóstico de la condición médica actual de la persona incapacitada (por favor describa la condición sin usar abreviaciones ni códigos de seguros médicos):

- Si Según mi leal saber y entender profesional, certifico que el prestatario identificado en la sección 2 está imposibilitado de trabajar y ganar dinero o asistir a la universidad por un período no menor a 60 días debido a una incapacidad que se puede determinar médicamente, o que el cónyuge o dependiente identificado en la sección 2 requiere un cuidado de enfermero o similar por un período no menor a 90 días. Soy **doctor en medicina u osteopatía** autorizado legalmente para ejercer.

Nombre del médico (en letra de molde) _____ Teléfono () _____

Dirección _____ Ciudad, estado, código postal _____

FIRMA DEL MÉDICO _____ FECHA _____

SECCIÓN 5: INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMULARIO DE SOLICITUD DE APLAZAMIENTO

Escriba en letra de molde con tinta oscura. Indique las fechas como mes-día-año. Por ejemplo, para "31 de enero del 2009" escriba "01-31-2009". **RECUERDE FIRMAR Y QUE UN MÉDICO LLENE LA SECCIÓN 4.**

Envíe el formulario completo y toda la documentación solicitada a:

U.S. Department of Education
Direct Loan Servicing Center
P.O. Box 5609
Greenville, TX 75403-5609

Si necesita ayuda para llenar este formulario, llame al:
1-800-848-0979.

Si utiliza un dispositivo de telecomunicaciones para sordos (TDD), llame al:
1-800-848-0983.

Sitio web del Direct Loan Servicing Center:
www.dl.ed.gov

SECCIÓN 6: DEFINICIONES

- El **representante del prestatario** es alguien con la autoridad legal de actuar en nombre del prestatario, tales como una persona con un poder legal o tutor.
- La **capitalización** de intereses significa que los intereses se suman al saldo del capital del(de los) préstamo(s). Aumenta el monto del capital y el costo total del(de los) préstamo(s).
- El **aplazamiento** le permite posponer el pago del(de los) préstamo(s) en forma temporal. Durante este período no se acumulan intereses en los Préstamos Directos con subsidio ni en los Préstamos Directos de Consolidación con subsidio. Durante el aplazamiento se cobran intereses en todos los demás Préstamos Directos.
- El **Programa Federal de Préstamos para Educación de la Familia (FFEL)** incluye los Préstamos Federales Stafford (con y sin subsidio), los Supplemental Loans for Students (SLS), los Préstamos Federales PLUS y los Préstamos Federales de Consolidación.
- La **indulgencia** le permite posponer el pago del préstamo en forma temporal, obtener una extensión del tiempo para pagar o efectuar pagos más pequeños en forma temporal. Durante el período de indulgencia se cobran intereses en todos los Préstamos Directos.
- Empleo de **tiempo completo** se define como el trabajo de por lo menos 30 horas a la semana en un puesto con una duración estimada de al menos 3 meses.
- El **médico** que llena la sección 4 de este formulario debe ser un doctor de medicina u osteopatía autorizado legalmente para ejercer.
- Para ser considerado como **incapacitado/a totalmente en forma temporal**, debe estar imposibilitado/a de trabajar y ganar dinero o asistir a la universidad por un período no menor a 60 días para recuperarse de una lesión o enfermedad. Si la persona incapacitada es su cónyuge o dependiente, deberá proponerle un cuidado de enfermero o similar por un período no menor a 90 días. Si está embarazada o si cuida un cónyuge o dependiente que lo esté, el embarazo sin complicaciones **no** es una condición calificadora.
- El **Programa Federal de Préstamos Directos William D. Ford (Préstamos Directos)** incluye los Préstamos Federales Directos Stafford/Ford (con subsidio), los Préstamos Federales Directos Stafford/Ford (sin subsidio), los Préstamos Federales Directos PLUS (Directos PLUS) y los Préstamos Federales Directos de Consolidación (Directos de Consolidación). Estos préstamos se conocen como los "Préstamos Directos".

SECCIÓN 7: REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD

NOTA: Sólo podrá recibir este aplazamiento si tenía un saldo pendiente en un préstamo del Programa FFEL otorgado antes del 1 de julio de 1993 cuando recibió su primer Préstamo Directo.

- Puede posponer el pago de su(s) préstamo(s) mientras se encuentre incapacitado totalmente en forma temporal o mientras cuide a su cónyuge o a un dependiente que lo esté.
- **Puede recibir este aplazamiento por un período no mayor a 36 meses.**
- Para continuar con este aplazamiento, su médico (o el médico de su cónyuge o dependiente) debe certificar la condición de incapacidad cada seis meses.
- Si **usted** se encuentra incapacitado totalmente en forma temporal:
 - (1) Está imposibilitado de trabajar y ganar dinero o asistir a la universidad por un período no menor a 60 días para poder recuperarse de una lesión o enfermedad.
 - (2) No puede solicitar este aplazamiento por una lesión o enfermedad que tuvo antes de solicitar su(s) préstamo(s), a menos que la condición se hubiere deteriorado enormemente desde entonces por lo que ahora se encuentra incapacitado totalmente en forma temporal. Si solicita el aplazamiento para un Préstamo Directo de Consolidación, la lesión o enfermedad no existía cuando solicitó cualquiera de los préstamos subyacentes (los préstamos consolidados), a menos que la condición se hubiere deteriorado enormemente desde entonces por lo que ahora se encuentra incapacitado totalmente en forma temporal.
 - (3) No puede solicitar este aplazamiento por un embarazo sin complicaciones.
- Si está cuidando a su **cónyuge o dependiente** que se encuentra incapacitado totalmente en forma temporal:
 - (1) Su cónyuge o dependiente tiene una lesión o enfermedad que requiere un cuidado de enfermero o similar por un período no menor a 90 días, lo que le imposibilita trabajar a usted.
 - (2) No puede solicitar este aplazamiento si su cónyuge o dependiente tiene un embarazo sin complicaciones.

SECCIÓN 8: AVISOS IMPORTANTES

AVISO SOBRE LA LEY DE PRIVACIDAD

La Ley de Privacidad de 1974 (5 U.S.C. 552a) exige que le proporcionemos la siguiente información:

La autorización para obtener la información solicitada en este formulario está en la Sección §451 et seq. de la Ley de Educación Superior (HEA) de 1965, según fuera enmendada (20 U.S.C. 1087a et seq.) y la autorización para obtener y usar su Número de Seguro Social (SSN) está en la Sección §484(a)(4) de la HEA (20 U.S.C. 1091(a)(4)) y 31 U.S.C. 7701(b). La participación en el Programa Federal de Préstamos Directos (Direct Loan) William D. Ford, así como la divulgación de su SSN, son voluntarias, pero usted debe proporcionar la información solicitada, incluso su SSN, para participar.

El objeto principal de obtener la información que se solicita en este formulario, incluso su SSN, es verificar su identidad, determinar si reúne los requisitos para recibir un préstamo o algún beneficio de un préstamo (como, por ejemplo, aplazamiento, indulgencia de pago, cancelación o perdón) en virtud del Programa de Préstamos Directos (Direct Loans), para permitir el servicio de su(s) préstamo(s) y, en caso de ser necesario, ubicarlo y cobrar y notificar su(s) préstamo(s) si estuvieran en mora o incumplimiento de pago. Además, usamos su SSN para identificar la cuenta y poder tener acceso electrónico a la información de la cuenta.

La información de su expediente podría ser divulgada a terceros, en forma individual o en virtud de algún programa de computación de uso común, según fuere autorizado en los usos de rutina de los sistemas de registros correspondientes. Los usos de rutina de esta información incluyen, entre otros, su divulgación a agencias federales, estatales o locales, a terceros o particulares tales como parientes, empleadores actuales y anteriores, colegas profesionales y personales, agencias de antecedentes crediticios del consumidor, instituciones financieras y educativas, así como agencias de garantías, a efectos de verificar su identidad, determinar su elegibilidad para recibir un préstamo o un beneficio para el préstamo, posibilitar la prestación de servicios o el cobro de su(s) préstamo(s), cumplimentar los términos del (de los) préstamo(s), investigar posibles fraudes y verificar su conformidad con la reglamentación de los programas federales de ayuda económica para estudiantes, o para ubicarlo si se atrasa o deja de pagar su(s) préstamo(s). Para proporcionar información de los cálculos del porcentaje de incumplimiento de pago, se podría dar a conocer datos a las agencias de garantía, instituciones financieras y educativas, o a las agencias estatales. Para proporcionar información de antecedentes de asistencia financiera, se podría brindar datos a las instituciones educativas. Para asistir a los administradores del programa con el seguimiento de los reembolsos y las cancelaciones, se podría brindar información a las agencias de garantías, instituciones financieras y educativas, o a las agencias federales o estatales. Para brindar un método estándar para que las instituciones educativas puedan informar eficazmente el estado de matriculación de sus alumnos, se podría brindar información a las agencias de garantías o a las instituciones financieras y educativas. Para brindarle asistencia en el pago del (de los) préstamos, se podría proporcionar información a las agencias de garantía, instituciones financieras y educativas, o a las agencias estatales.

Si participamos en algún litigio, podríamos enviar información al Departamento de Justicia, a un tribunal, a un órgano judicial, asesor jurídico, tercero o testigo si esa información está relacionada y es necesaria para el litigio. Si esta información, por sí misma o en combinación con otra información, indicase una posible violación de la ley, podríamos enviarla a la autoridad correspondiente para considerar una acción judicial. Podríamos enviar información a los miembros del Congreso si usted les solicita que lo asistan con aspectos relativos a la ayuda federal para estudiantes. En circunstancias relacionadas con reclamos, quejas o medidas disciplinarias relacionadas con empleos, podremos divulgar información relacionada para adjudicar o investigar el asunto. Si lo dispusiera un contrato colectivo de trabajo, podríamos divulgar la información a una organización laboral reconocida en virtud de lo dispuesto en 5 U.S.C. Capítulo 71. Se podría divulgar información a nuestros contratistas con el objeto de llevar a cabo alguna función programática que requiera el uso de los datos registrados; antes de entregar tal información, se exigirá al contratista que mantenga las protecciones contempladas en la Ley de Privacidad. También podríamos divulgar información a investigadores calificados en virtud de lo dispuesto en la Ley de Privacidad.

Aviso sobre la Ley de Reducción del Papeleo.

De acuerdo con la Ley de Reducción del Papeleo de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una solicitud de información a menos que la misma tenga un número de control de OMB que esté vigente. El número de control válido de OMB para esta solicitud de información es el 1845-0011. El tiempo necesario para llenar esta solicitud de información se estima en un promedio de 0.16 hora (10 minutos) por respuesta, incluyendo el tiempo para leer las instrucciones, buscar recursos de información existente, reunir y mantener los datos necesarios y llenar y revisar la solicitud de información. **Si tiene algún comentario con respecto a la precisión de la estimación del tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a:** U.S. Department of Education, Washington, DC 20202-4537. **No envíe el formulario que llenó a esta dirección.**

Si tiene algún comentario o inquietud en relación al estado de su presentación particular de este formulario, comuníquese con el Centro de Servicios de Préstamos Directos (ver Sección 5).