



SOLICITUD DE APLAZAMIENTO DE PAGO: INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL

N.º de OMB: 1845-0005
Formulario aprobado
Caduca: 31 mayo 2012

Federal Family Education Loan ProgramSM

TDIS

Sólo utilice el presente formulario si tiene un saldo pendiente de pago en algún préstamo hecho mediante el programa de préstamos educativos Federal Family Education Loan Program (FFELSM) antes del 1 de julio de 1993, o si tenía, en el momento de obtener un préstamo que se desembolsó el 1 de julio de 1993 o posterior, un saldo pendiente de pago en algún préstamo hecho antes del 1 de julio de 1993.

AVISO: El que a sabiendas haga declaraciones falsas o engañosas en el presente formulario, o en cualquier documento adjunto al mismo, quedará sujeto a sanciones, las cuales pueden incluir las multas, el encarcelamiento o ambas penas, de conformidad con el Código Penal de EE.UU. y con la Sección 1097 del Título 20 del Código de Estados Unidos.

SECCIÓN 1: DATOS PERSONALES DEL PRESTATARIO

Favor de introducir o corregir la siguiente información:

N.º de Seguro Social [] [] [] - [] [] - [] [] [] [] [] []

Nombre y apellido _____

Dirección _____

Ciudad, estado, código postal _____

Teléfono (domicilio) () _____

Teléfono (alternativo) () _____

Correo electrónico (opcional) _____

SECCIÓN 2: SOLICITUD DE APLAZAMIENTO DE PAGO

Antes de responder a las preguntas, lea todo el formulario detenidamente, incluyendo las indicaciones y otra información que se hallan en las Secciones 5, 6 y 7. Si usted no se encuentra en condiciones de llenar el formulario a causa de su incapacidad, algún representante suyo puede llenarlo y firmarlo de su parte.

■ Cumpló con los requisitos, estipulados en la Sección 7, para acogerme al aplazamiento de pago por el motivo indicado abajo, y solicito que mi acreedor aplace el pago de mis préstamos mientras me encuentro con **INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL** o mientras me es imposible conseguir empleo a causa de los cuidados que debo prestar a mi cónyuge o dependiente que padece de **INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL**. (Marque la casilla correspondiente):

Estoy incapacitado.

Presto cuidados a mi cónyuge o dependiente que padece de incapacidad. (En tal caso, proporcione la información solicitada a continuación.)

Nombre y apellido del cónyuge o del dependiente: _____

Parentesco o vínculo con el prestatario: _____

SECCIÓN 3: ACEPTACIÓN, CERTIFICACIÓN Y AUTORIZACIÓN DEL PRESTATARIO

■ **Entiendo y acepto lo siguiente:** (1) No tengo obligación de efectuar pagos al capital del préstamo durante la vigencia del aplazamiento de pago. Durante este período, no se cobrarán los intereses producidos por mis préstamos que tengan subsidio del interés. Sin embargo, se me cobrarán los intereses producidos por mis préstamos que no tengan subsidio del interés. (2) Tengo la opción de pagar, durante el aplazamiento de pago, los intereses producidos por mis préstamos que no tengan subsidio del interés.

(3) Puedo optar por pagar el interés, marcando la casilla de abajo. Mi acreedor podrá capitalizar los intereses que no se paguen durante el período de aplazamiento.

Deseo pagar, durante el aplazamiento de pago, los intereses producidos por mis préstamos que no tengan subsidio del interés.

(4) El aplazamiento de pago entrará en vigor en la fecha de inicio de la condición que justificó el otorgamiento de tal beneficio. (5) El aplazamiento de pago vencerá en la primera de las dos fechas siguientes: la fecha en que termine la condición que justificó el otorgamiento de tal beneficio o la fecha prevista de su terminación, según certifique esta fecha el médico que rellene la Sección 4. Sin embargo, el aplazamiento de pago no durará más de los seis meses posteriores a la fecha de la certificación del médico. (6) Si el aplazamiento de pago no abarca todas las cuotas atrasadas, mi acreedor puede concederme un período de indulgencia de morosidad que abarque las que hayan vencido antes de la fecha de entrada en vigor del aplazamiento. En caso de que haya terminado el período de vigencia del aplazamiento, mi acreedor puede otorgarme un período de indulgencia que abarque toda cuota que haya vencido hasta la fecha de tramitación de la presente solicitud. (7) Mi acreedor puede concederme, según sea necesario, un período de indulgencia de morosidad por una duración máxima de 60 días, por motivo de la recopilación y tramitación de los documentos relativos a mi solicitud de aplazamiento de pago. No se capitalizarán los intereses producidos durante el plazo de vigencia de este tipo de indulgencia. (8) En caso de que yo sea ex militar, la certificación aportada por un médico en el presente formulario se utilizará exclusivamente para acreditar las circunstancias que justificaron la concesión del aplazamiento del pago de mis préstamos obtenidos mediante el Programa FFEL y no para determinar mi aptitud para recibir las prestaciones ofrecidas por el Departamento de Asuntos de Veteranos de EE.UU.

■ **Certifico lo siguiente:** (1) que la información que proporcioné en las Secciones 1 y 2, arriba, es correcta y verídica; (2) que aportaré documentación complementaria a mi acreedor, según sea necesario, que acredite las circunstancias en cuya virtud me acojo al aplazamiento de pago; (3) que avisaré a mi acreedor, de forma inmediata, una vez que hayan terminado las condiciones que justificaron el aplazamiento de pago, y (4) que he leído, entendido y cumplido los requisitos y condiciones cuya satisfacción es necesaria para la concesión del aplazamiento de pago por los motivos señalados en el presente formulario de solicitud, según lo expuesto en la Sección 7.

■ **Autorizo** al médico, hospital u otra entidad que tenga información sobre la condición de incapacidad en cuya virtud solicito el aplazamiento de pago a poner dicha información a disposición de mi acreedor.

■ **Autorizo** a la institución educativa, al acreedor, al garante, al Departamento y a sus respectivos agentes y contratistas a comunicarse conmigo respecto a mis préstamos, incluido el pago de los mismos, al número actual o futuro (si lo proporciono) de mi teléfono móvil u otro dispositivo inalámbrico, por medio de sistemas de marcado automático, mensajes de texto o mensajes de voz artificial o grabados.

Firma del prestatario o de su representante: _____

Fecha _____

Nombre y apellido del representante del prestatario (si corresponde) _____

Parentesco o vínculo con el prestatario _____

Dirección del representante del prestatario _____

Teléfono () _____

SECCIÓN 4: CERTIFICACIÓN DEL MÉDICO U OSTEÓPATA

Instrucciones para el médico u osteópata: A usted se le solicita rellenar y firmar el presente formulario, a fin de certificar que el prestatario, o el cónyuge o dependiente de éste, según identificado en la Sección 2, padece de incapacidad total temporal. Usted puede rellenar el presente formulario, **siempre que sea médico u osteópata** legalmente autorizado para ejercer su profesión. Firme la certificación sólo si el estado de la persona con incapacidad coincide con la definición de «incapacidad total temporal» expuesta en la Sección 7. Proporcione toda la información solicitada (pueden adjuntarse hojas complementarias). Escriba las fechas en el formato mes-día-año (MM-DD-AAAA).

■ La persona con incapacidad no pudo trabajar y ganar dinero, ni estudiar en un centro docente, o empezó a necesitar, de forma continua, atención de enfermería o una atención parecida, a partir del [] - [] - []. Se prevé que continúe hasta el [] - [] - [] el problema de salud que da lugar a la incapacidad o la atención.

■ Diagnóstico del problema de salud que tiene actualmente la persona incapacitada. (No utilice ni abreviaturas ni códigos de seguro médico): _____

■ Certifico que, a mi juicio profesional, el prestatario identificado en la Sección 2 no puede trabajar y ganar dinero, ni estudiar en un centro docente, durante un período mínimo de 60 días, a causa de un problema que puede determinarse por medios médicos, o que el cónyuge o dependiente del prestatario identificado en dicha sección necesita atención de enfermería u otra parecida, durante un período mínimo de 90 días. Soy **médico u osteópata** legalmente autorizado para ejercer mi profesión.

Nombre y apellido del médico u osteópata (en letra de molde) _____ Teléfono () _____

Dirección _____ Ciudad, estado, código postal _____

Firma del médico u osteópata _____ Fecha _____

SECCIÓN 5: INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMULARIO

Escriba sus respuestas a máquina o con letra de molde y tinta oscura. Escriba las fechas en el formato mes-día-año (MM-DD-AAAA). Por ejemplo, «31 de enero de 2009» equivale a «01-31-2009». Debe rellenar la Sección 4 un médico u osteópata legalmente autorizado para ejercer su profesión. Si usted necesita ayuda para llenar el presente formulario, comuníquese con su acreedor.

Remita el formulario con los datos completos, y cualquier documentación solicitada, a la dirección indicada en la Sección 8.

SECCIÓN 6: DEFINICIONES

■ El **acreedor** de mis préstamos del Programa FFEL puede ser una entidad prestamista, garante o financiera (del mercado secundario), o el Departamento de Educación de EE.UU.

■ El **aplazamiento de pago** consiste en un período durante el cual tengo derecho a posponer el pago del capital de mis préstamos. El Departamento de Educación de EE.UU. sufraga los intereses producidos durante el aplazamiento de pago debidamente tramitado, todo Préstamo Federal Stafford con subsidio del interés y todo Préstamo Federal de Consolidación cuya solicitud llegó a mi acreedor (1) el 1 de enero de 1993 o posterior pero antes del 10 de agosto de 1993, (2) el 10 de agosto de 1993 o posterior, siempre que la solicitud incluyera **sólo** los Préstamos Federales Stafford que gozaban del subsidio federal del interés, o (3) el 13 de noviembre de 1997 o posterior, cuando se trate de la porción del préstamo de consolidación con la que se liquidó un préstamo educativo con subsidio del interés obtenido del Programa FFEL o del Direct Loan ProgramSM. Tengo la responsabilidad de pagar los intereses producidos durante este período por cualquier otro préstamo hecho al amparo del Programa FFEL.

■ La **capitalización** consiste en añadir los intereses pendientes de pago al saldo de capital del préstamo. El saldo de capital del préstamo aumenta cuando se postergan los pagos, durante los períodos de aplazamiento de pago o de indulgencia de morosidad, y se capitalizan los intereses. Como resultado de esto, puede que se produzcan más intereses durante la vigencia del préstamo, que se aumente la cantidad de la cuota mensual o que se incremente el número de los pagos. En el cuadro siguiente, se presentan cálculos aproximados de las cuotas mensuales de un préstamo sin subsidio del interés, hecho por un monto de \$15,000 y con una tasa de 9 por ciento, después de un período de aplazamiento de pago de 12 meses de duración. Se comparan los efectos de las diferentes maneras de tratar los intereses del préstamo: pagarlos a medida que se van produciendo, capitalizarlos al final del período de aplazamiento de pago y capitalizarlos trimestralmente y al final del período de aplazamiento de pago. El costo efectivo de los intereses de mi préstamo dependerá de la tasa de interés, de la duración del aplazamiento de pago y de la frecuencia de capitalización de los intereses. Como se puede apreciar en el cuadro, si los intereses se van pagando durante el período del aplazamiento de pago, la cuota mensual se rebaja en unos \$18 y se ahorran casi \$772 durante la vigencia del préstamo.

| Tratamiento de los intereses producidos durante el aplazamiento de pago | Cantidad del préstamo | Intereses capitalizados (12 meses) | Capital a pagar | Cuota mensual | Número de cuotas | Total pagado | Total pagado en intereses |
|---|-----------------------|------------------------------------|-----------------|---------------|------------------|--------------|---------------------------|
| Pagar los intereses durante el aplazamiento de pago | \$15,000.00 | \$0.00 | \$15,000.00 | \$190.01 | 120 | \$24,151.64* | \$9,151.64 |
| Capitalizar los intereses al final del aplazamiento de pago | \$15,000.00 | \$1,350.00 | \$16,350.00 | \$207.11 | 120 | \$24,853.79 | \$9,853.79 |
| Capitalizar los intereses cada trimestre durante el aplazamiento de pago y al final del mismo | \$15,000.00 | \$1,396.25 | \$16,396.25 | \$207.70 | 120 | \$24,924.09 | \$9,924.09 |

* El total pagado incluye los \$1,350 de intereses pagados durante los 12 meses del aplazamiento de pago.

■ El **Federal Family Education Loan Program (Programa FFEL)** incluye los Préstamos Federales Stafford (con y sin subsidio del interés), los Préstamos Federales Suplementarios para Estudiantes (SLS), los Préstamos Federales PLUS y los Préstamos Federales de Consolidación.

■ **Incapacidad total temporal:** El prestatario que tiene incapacidad deberá estar imposibilitado para trabajar y ganar dinero, o para estudiar en un centro docente, durante un período mínimo de 60 días, por estar recuperándose de una lesión o enfermedad. Si la persona incapacitada es el cónyuge o dependiente del prestatario, deberá necesitar, de forma continua, por lo menos 90 días de atención de enfermería u otra parecida por parte del prestatario. El embarazo sin complicaciones no constituirá condición que justifique la concesión del aplazamiento de pago ni a la prestataria que esté embarazada ni al prestatario que dé atención a su cónyuge o dependiente que tenga dicha clase de embarazo.

■ **Indulgencia de morosidad** se refiere a la suspensión temporal de las cuotas del préstamo, a la prolongación del plazo de vencimiento de las cuotas o a la reducción temporal de la cantidad programada de las cuotas. Tengo la responsabilidad de pagar los intereses producidos por mis préstamos durante el período de indulgencia de morosidad. Si no pago los intereses, éstos pueden capitalizarse.

■ El **médico u osteópata** que llene la Sección 4 del presente formulario deberá ser legalmente autorizado para ejercer su profesión.

SECCIÓN 7: REQUISITOS PARA ACOGERSE AL APLAZAMIENTO DE PAGO POR INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL

- Para poder acogerme al aplazamiento de pago por incapacidad total temporal, debo tener un saldo pendiente de pago en algún préstamo hecho mediante el Programa FFEL antes del 1 de julio de 1993, o debía tener, en el momento de obtener otro préstamo que se desembolsó el 1 de julio de 1993 o posterior, un saldo pendiente en algún Préstamo FFEL hecho antes del 1 de julio de 1993.
- Puedo acogerme al aplazamiento del pago de mis préstamos mientras tengo **INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL**, o mientras mi cónyuge o dependiente se halla en dicho estado. (La duración máxima del aplazamiento es de tres años. El problema de salud que justificó el otorgamiento de tal beneficio deberá volver a certificarse cada seis meses.)

Para poder acogerme al aplazamiento de pago por este motivo, debe cumplirse lo siguiente:

- (1) Debo estar imposibilitado para trabajar y ganar dinero, o para estudiar en un centro docente, durante un periodo de por lo menos 60 días, por estar recuperándome de una lesión o enfermedad.
- (2) No debo solicitar el aplazamiento de pago a base de un problema de salud que existía antes de la solicitud de mis préstamos (o cuando se trate de un préstamo de consolidación, de mis préstamos cuyos saldos se incluyeron en éste), a menos que haya habido un deterioro importante en dicho problema y me encuentre actualmente con incapacidad total temporal.
- (3) No debo solicitar el aplazamiento de pago a base de un embarazo sin complicaciones (ya sea el mío o el de mi cónyuge o dependiente).
- (4) De solicitar el aplazamiento de pago a base de la incapacidad de mi cónyuge o dependiente, éstos deben tener una lesión o enfermedad que obligue de mi parte por lo menos 90 días de atención de enfermería u otra parecida, lo cual me imposibilite para encontrar empleo a tiempo completo de al menos 30 horas semanales en un puesto que se prevé que dure como mínimo tres meses.
- (5) Debo entender y aceptar que mi médico u osteópata (o el de mi cónyuge o dependiente) deberá volver a certificar dicho problema de salud cada seis meses, a efectos de que siga en vigencia el aplazamiento de pago.

SECCIÓN 8: DÓNDE ENVIAR EL FORMULARIO CON LOS DATOS COMPLETOS

Envíe el formulario con los datos completos, y cualquier otra documentación necesaria, a la siguiente dirección:

(De no indicarse ninguna dirección, remita el formulario a su acreedor.)

American Education Services
P.O. Box 2461
Harrisburg, PA 17105-2461
Fax: 717-720-3916

Si necesita ayuda para llenar el formulario, llame al siguiente número:
(De no indicarse ningún número de teléfono, llame a su acreedor.)

1-800-233-0557
717-720-3100

SECCIÓN 9: AVISOS IMPORTANTES

Aviso sobre la Ley de Confidencialidad de Información

En virtud de la Ley de Confidencialidad de Información de 1974 (Sección 552a del Título 5 del Código de Estados Unidos), es obligatorio poner a disposición del solicitante el siguiente aviso:

La autoridad para reunir la información solicitada por medio del presente formulario deriva de la Sección 421 y siguientes de la Ley de Educación Superior de 1965, según enmendada (Sección 1071 y siguientes del Título 20 del Código de Estados Unidos). La autoridad para solicitar y utilizar el número de Seguro Social del solicitante deriva de la Sección 484(a)(4) de la Ley de Educación Superior (Sección 1091[a][4] del Título 20 del Código de Estados Unidos) y de la Sección 7701(b) del Título 30 del Código de Estados Unidos. Si bien tienen carácter voluntario tanto la participación en el Federal Family Education Loan Program (Programa FFEL) como el proporcionar el número de Seguro Social, el solicitante deberá facilitar la información solicitada, incluido el número de Seguro Social, para poder participar en el Programa.

La reunión de la información solicitada en el presente formulario (incluido el número de Seguro Social) se realiza con los siguientes fines principales: verificar la identidad del solicitante; determinar el otorgamiento, al amparo del Programa FFEL, de préstamos nuevos o de beneficios en materia del pago de préstamos existentes (como por ejemplo, el aplazamiento de pago, la indulgencia de morosidad, y la anulación o condonación de deudas); administrar los préstamos del solicitante, y, en caso de mora o incumplimiento de pago, localizarlo, exigirle el pago de la deuda e informar a las entidades competentes la condición de los préstamos. También hacemos uso del número de Seguro Social como identificador de la cuenta de préstamos del solicitante y para permitir a éste acceder electrónicamente a los datos relativos a la misma.

Al amparo de una cláusula, debidamente publicada en el sistema de registro de datos correspondiente, relativa al uso normal de la información recogida, los datos que se encuentran en el expediente del solicitante se pueden poner a disposición de terceras entidades, ya sea según las circunstancias particulares del caso o en cumplimiento de un programa de cotejo electrónico de datos. Tratándose del presente formulario, el uso normal de esta información incluye, sin carácter limitativo, la cesión de los datos a ciertas partes, señaladas abajo, a fin de hacer lo siguiente: verificar la identidad del solicitante; determinar el otorgamiento de préstamos nuevos o de beneficios en materia del pago de préstamos existentes; permitir la administración o cobro de los préstamos; hacer cumplir los términos y condiciones de los préstamos; investigar la posible comisión de fraude y verificar el cumplimiento de las normas que rigen los programas federales de ayuda económica para los estudios superiores o localizar al solicitante en caso de mora o incumplimiento de pago. Las siguientes son las partes a las que podemos destinar la información reunida: organismos federales, estatales y locales; particulares que tienen alguna relación con el solicitante, tales como familiares, empleadores actuales y pasados, socios comerciales y personales; agencias de informes crediticios; instituciones educativas y financieras, y garantes. Para informar sobre los cálculos del índice de incumplimiento de pago, podemos ceder los datos a garantes, a instituciones financieras y educativas, o a organismos estatales. Para facilitar el historial de ayuda económica del solicitante, podemos ceder los datos a instituciones educativas. Para ayudar a los administradores del programa a llevar un control sobre la devolución de fondos de préstamo y la anulación de préstamos, podemos ceder los datos a garantes, a instituciones financieras y educativas, o a organismos federales o estatales. Para establecer un método estandarizado según el cual instituciones educativas puedan informar de forma eficiente sobre la dedicación de estudio del solicitante, podemos ceder los datos a garantes o a instituciones financieras y educativas. Para dar orientación al solicitante en materia del pago de préstamos, podemos ceder los datos a garantes, a instituciones financieras y educativas, o a organismos federales, estatales o locales.

En caso de litigio, podemos enviar los datos del solicitante al Departamento de Justicia, o al tribunal, entidad jurídica, abogado, parte o testigo correspondientes, cuando dicha cesión se considere procedente y necesaria para la solución del mismo. Si estos datos, ya sean por separado o en conjunto con otra información, indican una posible violación de la ley, podemos enviarlos a las autoridades competentes, para que se tomen las medidas pertinentes. Podemos enviar la información a congresistas en caso que usted les pida ayuda con algún problema relacionado con los programas federales de asistencia estudiantil. En caso de denuncias, quejas o medidas disciplinarias en materia de empleo, podemos ceder los datos a las entidades competentes, a fin de facilitar la adjudicación o investigación de las mismas. Si así se dispone en una convención colectiva de trabajo, podemos ceder los datos a los sindicatos debidamente reconocidos al amparo del Capítulo 71 del Título 5 del Código de Estados Unidos. Podemos poner los datos a disposición de nuestros contratistas si los necesitan para realizar funciones relacionadas con los programas en referencia. Antes de hacerlo, requerimos que el contratista ponga en práctica las medidas de protección necesarias para cumplir con la Ley de Confidencialidad de Información. Los datos también pueden cederse, de conformidad con las protecciones previstas en la Ley de Confidencialidad de Información, a aquellos investigadores que reúnan los requisitos correspondientes.

Aviso sobre la Ley de Reducción de Trámites

Según lo dispuesto en la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona estará en la obligación de responder a un instrumento de recolección de datos que no exhiba un número de control vigente emitido por la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés). Para efectos del presente formulario, dicho número es 1845-0005. Se calcula que se necesitan, como promedio, 0.16 horas (10 minutos) por respuesta, incluido el tiempo para leer las instrucciones, buscar la información en los documentos correspondientes, reunir los datos necesarios, consignarlos en el formulario y revisarlos. Si usted tiene algún comentario sobre la exactitud de estos cálculos, o alguna sugerencia sobre cómo mejorar el presente formulario, escriba a la siguiente dirección:

U.S. Department of Education, Washington, DC 20202-4537

Si tiene preguntas sobre el estado de tramitación de su formulario, escriba a la dirección indicada en la Sección 8.