



# SOLICITUD DE APLAZAMIENTO DE PAGO POR INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL

N.º de OMB 1845-0005  
Formulario aprobado  
Caduca: 30 sep. 2005

## Programa Federal de Préstamos para la Educación de la Familia

**TDIS**

Sólo utilice el presente formulario si tiene actualmente un saldo pendiente de pago en algún préstamo hecho mediante el Programa Federal de Préstamos para la Educación de la Familia (Programa FFEL, por sus siglas en inglés) antes del 1 de julio de 1993, o si tenía, en el momento de obtener otro 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 multas, 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 DE IDENTIDAD DEL PRESTATARIO

Favor de introducir o corregir la siguiente información:

N.º de Seguro Social \_\_\_\_\_

Nombre y apellidos \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad, estado, código postal \_\_\_\_\_

Teléfono (domicilio) (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Teléfono (alterno) (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Correo electrónico (optativo): \_\_\_\_\_

### SECCIÓN 2: SOLICITUD DE APLAZAMIENTO DE PAGO

Antes de responder a las preguntas, lea con detenimiento todo el formulario, incluidas 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, un representante puede llenarlo y firmarlo de su parte.

■ Cumpro con los requisitos, estipulados en la Sección 7, para acogerme al aplazamiento de pago por los motivos indicados abajo, y solicito que mi acreedor haga las gestiones necesarias para que se aplaze la devolución de mis préstamos mientras me hallo 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):

- Tengo incapacidad.
- Presto cuidados a mi cónyuge o dependiente que padece de incapacidad. (Si se trata de la incapacidad del cónyuge o del dependiente, proporcione la información solicitada a continuación.)

Nombre y apellidos del cónyuge o del dependiente: \_\_\_\_\_ Parentesco con el prestatario: \_\_\_\_\_

### SECCIÓN 3: ACEPTACIÓN Y CERTIFICACIÓN DEL PRESTATARIO

■ **Autorizo** a cualquier médico, hospital u otra institución que tenga en su poder datos relacionados con la incapacidad por motivo de la cual solicito el aplazamiento del pago de mis préstamos, a poner dichos datos a disposición de mi acreedor.

■ **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 me cobrarán los intereses que devenguen mis préstamos que tengan subsidio. Sin embargo, se me cobrarán los intereses que devenguen mis préstamos que no tengan subsidio. (2) Dispongo de la opción de pagar, durante el aplazamiento de pago, los intereses que devenguen mis préstamos que no tengan subsidio. (3) Puedo optar por pagar los intereses, marcando la correspondiente casilla, abajo. Los intereses que no pague durante el período de aplazamiento los capitalizará mi acreedor.

- Deseo pagar, durante el aplazamiento de pago, los intereses que devenguen mis préstamos que no tengan subsidio.

(4) El aplazamiento de pago entrará en vigor en la fecha de inicio de la condición por la cual puedo acogerme a dicho 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 aplazamiento o la fecha en que está previsto terminar la condición, 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 ya vencidas, mi acreedor puede concederme un período de indulgencia que abarque las que hayan vencido antes de la fecha de entrada en vigor del aplazamiento o —en caso de que haya terminado el período de vigencia del aplazamiento— un período de indulgencia que abarque toda cuota que haya vencido hasta la fecha de tramitación de mi solicitud de aplazamiento de pago. (7) Si, al término del aplazamiento de pago, tengo derecho a gozar de un período de gracia para el pago de los préstamos hechos antes del 1 de octubre de 1981, mi acreedor puede concederme una indulgencia que abarque mis otros préstamos durante ese período, con objeto de armonizar las fechas en que comience el pago de todos mis préstamos. Entiendo y acepto que mi acreedor puede capitalizar los intereses que devenguen mis otros préstamos durante el plazo de seis meses y que esta medida aumentará el saldo del capital de dichos préstamos. (8) Mi acreedor puede concederme un período de indulgencia que dure un máximo de 60 días, según sea necesario, por motivo de la recopilación y tramitación de los documentos relativos a mi solicitud de aplazamiento de pago. No se capitalizarán los intereses que se devenguen durante el plazo de vigencia de este tipo de indulgencia. (9) 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 en cuya virtud me acojo al aplazamiento del pago de mis préstamos obtenidos mediante el Programa FFEL y no para determinar mi aptitud para recibir las prestaciones que ofrezca 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 oportuna, una vez que termine la condición que justificó 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.

Firma del prestatario o del representante del mismo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre y apellidos del representante del prestatario (si corresponde) \_\_\_\_\_ Parentesco o vínculo con el prestatario \_\_\_\_\_

Dirección del representante del prestatario \_\_\_\_\_

#### **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 formato de 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 de que padece actualmente la persona incapacitada. (No utilice abreviaturas ni los códigos empleados en materia de seguros):  
\_\_\_\_\_
- 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 de por lo menos 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 de por lo menos 90 días. Soy **médico u osteópata** legalmente autorizado para ejercer mi profesión.

Nombre y apellidos 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 a mano. Utilice tinta oscura. Escriba las fechas en el formato mes-día-año (MM-DD-AAAA). Por ejemplo, «31 de enero de 2002» equivale a «01-31-2002». La Sección 4 la deberá rellenar 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 debidamente diligenciado, y cualquier documentación solicitada, a la dirección indicada en la Sección 8.*

#### **SECCIÓN 6: DEFINICIONES**

- El **acreedor** de mis Préstamos FFEL puede ser un prestamista, una agencia garantizadora, una entidad 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 que devenguen, durante el aplazamiento de pago debidamente tramitado, todo Préstamo Federal Stafford con subsidio 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 de intereses por el Departamento de Educación de EE.UU., 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 FFEL con subsidio o un Préstamo Federal Directo con subsidio. Tengo la responsabilidad de pagar los intereses que devengue durante este período 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. Esta medida aumentará el importe del capital y el costo total de liquidar mi préstamo en su totalidad.
- **Incapacidad total temporal:** El prestatario que tiene incapacidad deberá, por estar recuperándose de una lesión o enfermedad, verse imposibilitado para trabajar y ganar dinero, o para estudiar en un centro docente, durante un período de por lo menos 60 días. 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 para 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** se refiere a la suspensión temporal de pagos de la deuda del préstamo, a la prolongación del plazo para efectuar dichos pagos o a la reducción temporal del monto de los pagos programado anteriormente. Tengo la responsabilidad de pagar los intereses que devenguen mis préstamos durante la indulgencia. En caso de que no pague los intereses devengados, éstos pueden capitalizarse.
- El **médico u osteópata** que llene la Sección 4 del presente formulario deberá ser legalmente autorizado para ejercer su profesión.
- El **Programa Federal de Préstamos para la Educación de la Familia (Programa FFEL)** incluye los Préstamos Federales «Stafford» (con y sin subsidio de intereses), Préstamos Federales Suplementarios para Estudiantes (SLS), Préstamos Federales PLUS y Préstamos Federales de Consolidación.

#### **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 por lo menos un préstamo hecho mediante el Programa FFEL **antes del 1 de julio de 1993**, o debía tener un saldo pendiente, en el momento de obtener otro préstamo el **1 de julio de 1993 o posterior**, en algún Préstamo FFEL que se desembolsó **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 por este motivo es de tres años. El problema de salud por el cual se otorga el aplazamiento deberá volver a certificarse cada seis meses.)

**Para poder acogerme al aplazamiento de pago, deberá cumplirse lo siguiente:**

- (1) Debo estar imposibilitado para trabajar y ganar dinero, o para estudiar en un centro docente, durante un período 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 DILIGENCIADO**

ENVÍE EL FORMULARIO DE SOLICITUD DEBIDAMENTE DILIGENCIADO, Y CUALQUIER DOCUMENTACIÓN QUE SEA NECESARIA PARA LA TRAMITACIÓN DEL MISMO, A LA SIGUIENTE DIRECCIÓN:  
(DE NO INDICARSE NINGUNA DIRECCIÓN, REMITA EL FORMULARIO A SU ACREEDOR)

## **SECCIÓN 9: AVISOS IMPORTANTES**

### **Aviso sobre la Ley de Confidencialidad de Información**

En virtud de la Ley de Confidencialidad de Información de 1974 (5 Código de Estados Unidos 552a), 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 428(b)(2)(A) y siguientes de la Ley de Educación Superior de 1965, según enmendada (20 Código de Estados Unidos 1078[b]2[A] y siguientes). 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 (20 Código de Estados Unidos 1091[a]4). Si bien tienen carácter voluntario tanto la participación en el Programa Federal de Préstamos para la Educación de la Familia (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.

Los fines principales de reunir la información solicitada en el presente formulario, incluido el número de Seguro Social, consisten en lo siguiente: verificar la identidad del solicitante; determinar la aptitud de éste para obtener un préstamo o para acogerse a un beneficio en materia del pago de la deuda de un préstamo existente (como por ejemplo, el aplazamiento de pago, la indulgencia o la anulación, o condonación, de la deuda), al amparo del Programa FFEL; administrar los préstamos del solicitante, y, en caso de que éste se atrase en los pagos o incurra en el incumplimiento de pago, encontrarlo y exigirle el pago de la deuda. También hacemos uso del número de Seguro Social como identificador de la cuenta de préstamo del solicitante y para permitir a éste acceder electrónicamente a los datos relativos a la misma.

Los datos que el solicitante proporcione podrán cederse a terceros, según lo dispuesto en una cláusula, debidamente publicada en el sistema de registro correspondiente, sobre la utilización de rutina de la información solicitada. Tratándose del presente formulario, dicha utilización incluye la cesión de los datos proporcionados en el mismo a ciertas partes, señaladas abajo, a fin de hacer lo siguiente: determinar la identidad del solicitante; evaluar la aptitud de éste para obtener un préstamo o acogerse a un beneficio en materia del pago de la deuda de un préstamo existente; permitir la administración de los préstamos y el cobro de la deuda de los mismos; dar orientación sobre el pago de la deuda de los préstamos; hacer cumplir las condiciones de los préstamos; investigar la posibilidad de la comisión de fraude y verificar el cumplimiento con las normas que rigen la participación en los programas federales de ayuda económica estudiantil; encontrar al solicitante y exigirle el pago de la deuda en caso de que se atrase en los pagos o incurra en el incumplimiento de pago; informar sobre los cálculos del índice de incumplimiento de pago; facilitar el historial de ayuda económica del solicitante a las partes pertinentes; ayudar a los administradores del Programa a llevar un control sobre la devolución de fondos de préstamo y la anulación de préstamos, o establecer un método habitual según el cual instituciones educativas puedan informar de forma eficiente sobre la dedicación de estudio del solicitante. Las siguientes son las partes a las que podemos destinar la información reunida: organismos federales, estatales y locales; otros organismos federales que participan en los programas de cotejo electrónico de datos; entidades que hayamos autorizado a ayudarnos a administrar nuestros programas de préstamos; particulares que tiene alguna relación con el solicitante, tales como familiares, empleadores actuales y pasados, socios comerciales y personales; agencias de informes crediticios; instituciones educativas y contratistas.

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 violación potencial de la ley, podemos enviarlos a las autoridades competentes, para que se adopten las medidas correspondientes. Podemos enviar la información a congresistas en caso que usted les pida ayuda para resolver algún asunto relacionado con los programas federales de asistencia estudiantil. En caso de denuncias, quejas o medidas disciplinarias en materia de empleo, podemos ceder datos a los organismos correspondientes, a fin de facilitar la adjudicación o investigación de las mismas. Si se dispone en un acuerdo de contratación colectiva, podemos ceder datos a sindicatos debidamente reconocidos al amparo del Capítulo 71 del Título 5 del Código de Estados Unidos. Los datos también pueden cederse a investigadores que reúnan los requisitos correspondientes y de conformidad con las protecciones previstas en la Ley de Confidencialidad de Información.

### **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 el tiempo promedio necesario para llenar el presente formulario es de 0.16 horas (10 minutos) por respuesta, incluido el tiempo para leer las instrucciones, buscar la información en los documentos correspondientes, reunir y mantener los datos necesarios y revisar toda la recopilación de datos. ***Si usted tiene algún comentario sobre este cálculo o si desea ofrecer sugerencias que contribuyan a mejorar el presente formulario, sírvase escribir a la siguiente dirección:***

U.S. Department of Education, Washington, DC 20202-4651

***Si tiene algún comentario o inquietud con respecto al estado de la tramitación del presente formulario en su caso particular, dirija su correspondencia a la dirección indicada en la Sección 8.***