



# إدارة الضمان الاجتماعي معلومات هامة

خطاب التغطية هذا للعلم فقط. لا تكمل الصفحات التالية. هذا ليس طلبًا.

قد يكون لك الحق في الحصول على مساعدة إضافية (Extra Help) في دفع تكلفة الأدوية الوصفات الطبية.

يمنحك برنامج ميديكير لأدوية الوصفات الطبية (Medicare Prescription Drug) إمكانية اختيار برامج الوصفات الطبية التي تقدم أنواعًا مختلفة من التغطية. بالإضافة إلى ذلك، قد تتمكن من الحصول على مساعدة إضافية لدفع الأقساط الشهرية، والخصومات السنوية، ومبالغ الدفع المشتركة المتعلقة ببرنامج ميديكير لأدوية الوصفات الطبية.

ولكن قبل أن تتمكن من مساعدتك، يجب عليك ملء هذا الطلب، ووضعه في المظروف المرفق وإرساله بالبريد اليوم. أو يمكنك استكمال الطلب من خلال الإنترنت على [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov). وسوف نقوم بمراجعة طلبك ونرسل لك خطابًا نخبرك فيه ما إذا كانت شروط الحصول على مساعدة إضافية تنطبق عليك. للاستفادة من المساعدة الإضافية، يجب أن تسجل نفسك في برنامج ميديكير لأدوية الوصفات الطبية.

وإذا كنت في حاجة إلى المساعدة في استكمال الطلب، اتصل بالضمان الاجتماعي (Social Security) على

1-800-772-1213 (هاتف نصي (TTY) رقم 1-800-325-0778). يمكنك أن تجد المزيد من المعلومات على [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov).

قد تتمكن أيضًا من الحصول على مساعدة من ولايتك لتغطية تكاليف ميديكير (Medicare) الأخرى بموجب برامج ميديكير للتوفير (Medicare Savings Programs). عند استكمال هذا النموذج، سوف تبدأ إجراءات طلبك بشأن برنامج ميديكير للتوفير. وسوف نرسل معلومات إلى ولايتك، وسوف تتصل بك الولاية لمساعدتك في التقدم بطلب بشأن برنامج ميديكير للتوفير إلا إذا طلبت منا أن لا نفعل ذلك بالإجابة على السؤال ١٥ في هذا النموذج.

إذا كنت في حاجة إلى معلومات عن برامج ميديكير للتوفير، أو برنامج ميديكير لأدوية الوصفات الطبية، أو كيفية التسجيل في برنامج، اتصل بـ 1-800-MEDICARE (هاتف نصي (TTY) رقم 1-877-486-2048) أو قم بزيارة [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov). كما يمكنك أيضًا طلب المعلومات عن كيفية الاتصال ببرنامج الولاية للمساعدة في التأمين الصحي (State Health Insurance Assistance Program, SHIP). برنامج الولاية للمساعدة في التأمين الصحي يقدم المساعدة حول الأسئلة المتعلقة بميديكير.

الرجاء إرسال طلبك بالبريد الإلكتروني اليوم.

Michael J. Astrue  
المسؤول المفوض

لا تستكمل هذا. هذا ليس طلبًا.



# تعليمات عامة لاستكمال طلب الحصول على مساعدة إضافية بشأن تكاليف برنامج ميديكير لأدوية الوصفات الطبية

إذا كنت تساعد شخصًا آخر في هذا الطلب

أجب على الأسئلة كما لو أن ذلك الشخص هو الذي يقوم باستكمال الطلب. ويجب أن تعرف رقم الضمان الاجتماعي لذلك الشخص ومعلوماته المالية. ويجب أيضًا استكمال القسم B في صفحة ٦.

هل لديك ميديكير ودخل الضمان التكميلي (Supplemental Security Income, SSI) أو ميديكير وميديكيد (Medicaid).

إذا كانت الإجابة «نعم» لا تكمل هذا الطلب لأنك ستحصل على المساعدة الإضافية تلقائيًا.

هل برنامج ميديكيد التابع للولاية يدفع لك أقساط ميديكير لأنك مشترك في برنامج ميديكير للتوفير؟ إذا كانت الإجابة «نعم»، اتصل بمكتب ميديكيد في ولايتك للحصول على مزيد من المعلومات. قد تتمكن من الحصول على مساعدة إضافية تلقائيًا وقد لا يتعين عليك استكمال هذا الطلب.

طريقة استكمال هذا الطلب

- استخدم الحبر الأسود فقط؛
- اكتب أرقامك، وحروفك، وعلامات × داخل المربعات؛ استخدم الحروف الكبيرة فقط؛
- لا تقم بإضافة أي ملاحظات بخط اليد في الطلب؛
- لا تستخدم علامة الدولار عند كتابة أي مبالغ؛
- والمبالغ المحسوبة بالسنت يتم تقريبها إلى أقرب دولار.



استكمال الطلب

يمكنك استكمال الطلب الموجود عبر شبكة الإنترنت على [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov) أو استخدام المظروف المرفق مدفوع التكلفة والمدون عليه العنوان لإعادة طلبك بعد استكمالته وتوقيعه إلى العنوان التالي:

Social Security Administration  
Wilkes-Barre Data Operations Center  
P.O. Box 1020  
Wilkes-Barre, PA 18767-9910

تعد نماذج هذا الطلب في المظروف المرفق. لا تضع أي شيء آخر في المظروف. سوف نتصل بك إذا احتجنا إلى مزيد من المعلومات.

ملاحظة: لتقديم الطلب يشترط أن تكون مقيمًا في ولاية من الولايات الـ ٥٠ أو مقاطعة كولومبيا.

إذا كان لديك أي أسئلة أو إذا كنت بحاجة إلى المساعدة لاستكمال هذا الطلب

يمكنك الاتصال بنا على الهاتف المجاني رقم 1-800-772-1213، أو إذا كنت مصابًا بالصمم أو صعوبة السمع يمكنك الاتصال بنا على الهاتف النصي رقم 1-800-325-0778.



## طلب المساعدة الإضافية في تكاليف برنامج ميديكير لأدوية الوصفات الطبية

هذا طلب للحصول على مساعدة إضافية ولا يؤدي إلى تسجيلك في برنامج ميديكير لأدوية الوصفات الطبية.

1 اسم مقدم الطلب: يكتب الاسم بخط واضح كما يظهر على بطاقة الضمان الاجتماعي. استخدم مربعًا واحدًا لكل حرف.

الاسم الأول

الحرف الأول من الاسم الثاني

الاسم الأخير

اسم ملحق (مثل Sr، Jr، الخ)

رقم الضمان الاجتماعي الخاص بمقدم الطلب

تاريخ ميلاد مقدم الطلب  
(ش ش - ي ي - س س س س)

2 المتزوجون والمتزوجات الذين يعيشون مع الزوج أو الزوجة، الرجاء كتابة المعلومات التالية كما تظهر على بطاقة الضمان الاجتماعي للزوج أو الزوجة. إذا كان الشخص غير متزوج في الوقت الحالي أو لا يعيش مع الزوج/ الزوجة أو مطلقًا يجب الانتقال إلى السؤال 3 وعدم ذكر أي معلومات عن الزوج أو الزوجة في هذا الطلب.

الاسم الأول

الحرف الأول من الاسم الثاني

الاسم الأخير

اسم ملحق (مثل Sr، Jr، الخ)

رقم الضمان الاجتماعي الخاص بالزوج/ الزوجة

تاريخ ميلاد مقدم الطلب (شهر - يوم - سنة)

3 إذا كان الزوج أو الزوجة عضوًا في برنامج ميديكير، هل يرغب/ترغب في طلب مساعدة إضافية؟  نعم  لا

إذا كنت شخصًا متزوجًا وتعيش مع الزوج أو الزوجة، هل لديك مدخرات أو استثمارات أو عقارات تساوي أكثر من 25260 دولار أمريكي؟ إذا لم تكن شخصًا متزوجًا أو لا تعيش مع الزوج أو الزوجة، هل القيمة تزيد على 12640 دولار أمريكي؟ لا تحسب البيت الذي تعيش فيه، أو السيارات، أو المتعلقات الشخصية، أو أماكن الدفن، أو عقود الدفن غير القابلة للإلغاء، أو المبالغ المتأخرة من الضمان الاجتماعي أو دخل الضمان التكميلي.

إذا وضعت علامة  في مربع "نعم"، فلا يحق لك الحصول على مساعدة إضافية. ولكن قد تتمكن ولايتك من مساعدتك في تكاليف ميديكير من خلال برامج ميديكير للتوفير. لبدء إجراءات الطلب لبرنامج ميديكير للتوفير انتقل إلى صفحة 6، وقم بالتوقيع على هذا الطلب، وإعادته إلينا. إذا كانت برامج ميديكير للتوفير لا تهتمك، انتقل إلى السؤال 15 في صفحة 5.

لا أو غير متأكد  إذا وضعت علامة  في مربع "لا"، أو "غير متأكد" أكمل بقية هذا الطلب، وقم بإعادته إلينا.



إذا وضعت علامة  في مربع "لا" أو "غير متأكد" في السؤال رقم 3 أجب على جميع الأسئلة التالية. المتزوج/المتزوجة الذي يعيش/تعيش مع الزوج/الزوجة يجب عليه/عليها الإجابة على جميع الأسئلة الخاصة بالزوج والزوجة.

4 الرجاء كتابة المبالغ الموجودة في الحسابات المصرفية، أو الاستثمارات، أو النقدية التي تمتلكها أنت أو زوجك/زوجتك أو كل منكما (إذا كنتم متزوجين وتقييمان معًا) أدناه. اكتب أيضًا ما تمتلكه أنت مع أي شخص آخر. اكتب الأرقام بالدولار وليس أرقام الحسابات. إذا كنت أنت أو زوجك/زوجتك لا تمتلكان أي شيء من الأشياء المذكورة، سواءً بمفردكما أو مع شخص آخر، ضع علامة  في مربع لا شيء. لا تكتب أي مبالغ متأخرة من الضمان الاجتماعي أو دخل الضمان التكميلي تم تسلمها في الـ 10 أشهر الأخيرة.

\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> لا شيء	• مجموع الحسابات المصرفية (شيكات، ومدخرات، وشهادات إيداع)
\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> لا شيء	• مجموع الأسهم، أو السندات، أو السندات الادخارية، أو الصناديق المتبادلة، أو حسابات التقاعد الفردية، أو الاستثمارات المماثلة الأخرى
\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> لا شيء	• أي نقود أخرى في المنزل أو في أي مكان آخر

5 هل سيتم استخدام جزء من الأموال المذكورة في السؤال 4 لدفع مصروفات دفن أو جنازة؟

إذا كانت الإجابة "نعم" اذهب إلى السؤال 6.

إذا كانت الإجابة "لا"، ضع علامة في مربع "لا" ثم اذهب إلى السؤال 6.

أنت:  لا  الزوج أو الزوجة:  لا

6 باستثناء منزلك والعقار الذي تعيش فيه، هل أنت (أو زوجك/زوجتك، إذا كنتم متزوجين وتعيشان معًا) تملك أي عقارات؟ من أمثلة العقارات: المنازل الصيفية، أو العقارات المؤجرة، أو الأرض التي لم يتم بناؤها، إذا كنت تمتلكها ومنفصلة عن منزلك.

نعم  لا

7 ما عدد الأقارب الآخرين، بخلاف الزوج/الزوجة، الذين يعيشون في منزلك ويحصلون على الأقل على نصف الدعم المالي الخاص بهم منك أو من الزوج/الزوجة؟ إننا نحسب أقاربك الذين تربطهم بك صلة قرابة بالدم، أو الزواج، أو التبني.

ضع علامة  في مربع واحد فقط. لا تحسب نفسك أو زوجك/زوجتك في الرقم الذي أدخلته. إذا كانت أسرتك تتكون منك أو منك أنت وزوجك/زوجتك، ضع علامة  في مربع لا شيء.

لا شيء  1  2  3  4  5  6  7  8  9 أو أكثر

8 إذا كنت تحصل أنت أو زوجك/زوجتك، إذا كنتم متزوجين وتعيشان معاً، على دخل من أي مصدر من المصادر المبينة أدناه، الرجاء الإجابة على الأسئلة لكل منكما. الرجاء إدخال المبلغ الإجمالي الذي تحصل عليه كل شهر. إذا كان المبلغ يتغير من شهر لآخر أو إذا كنت لا تتسلمه كل شهر، اكتب متوسط الدخل الشهري للسنة الماضية لكل نوع في المربع المناسب. لا تكتب الأجر، ودخل العمل الحر، أو دخل الفوائد، أو المساعدات العامة، أو التعويضات الطبية، أو مدفوعات رعاية الأطفال هنا. إذا كنت أنت أو زوجك لا تحصلان على دخل من أي من المصادر المبينة أدناه ضع علامة  في مربع لا شيء الخاص بذلك المصدر.

المخصصات الشهرية		
\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> لا شيء	• مخصصات الضمان الاجتماعي قبل الخصومات
\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> لا شيء	• مخصصات تقاعد السكة الحديد قبل الخصومات
\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> لا شيء	• مخصصات المحاربين القدامى قبل الخصومات
\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> لا شيء	• المعاشات أو المكافآت الأخرى قبل الخصومات. لا تذكر أي نقود تحصل عليها من أي بند من البنود المذكورة في السؤال 4.
\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> لا شيء	• أي دخل آخر غير مذكور أعلاه، بما في ذلك النفقة، وصافي دخل الإيجارات، وتعويضات العاملين، ومدفوعات الإعاقة الخاصة أو الحكومية... الخ (الرجاء التحديد):

9 هل نقص أي مبلغ من المبالغ المذكورة في السؤال 8 خلال العامين الماضيين؟

نعم  لا

إذا كنت قد عملت في السنتين الأخيرتين، يجب عليك الإجابة على الأسئلة 10-14. وإذا كنت متزوجاً وتعيش مع زوجك/زوجتك، وكان أحدهما يعمل خلال السنتين الأخيرتين يجب أن تجيب على الأسئلة 10-14. وبخلاف ذلك، انتقل إلى السؤال 15.

10 ما هو مبلغ الأجر الذي تتوقع أن تحصل عليه قبل الضرائب والخصومات لهذا العام؟

\$    ,    .   أنت:  لا شيء

\$    ,    .   الزوج أو الزوجة:  لا شيء





## التوقيعات

### معلومات هامة – الرجاء قراءتها بعناية

أفهم/نفهم بأن إدارة الضمان الاجتماعي سوف تفحص بياناتي/بياناتنا وتقارن سجلاتها بسجلات الهيئات الحكومية الفيدرالية أو المحلية أو الحكومة المحلية، بما في ذلك خدمة الإيرادات الداخلية (Internal Revenue Service, IRS) للتأكد من صحة قرارها. يعد تقديم هذا الطلب تفويضاً مني/منا لإدارة الضمان الاجتماعي للحصول على والكشف عن المعلومات المتعلقة بالدخل، والموارد، والموجودات الخاصة بي/بنا، سواءً الأجنبية أو المحلية، وفقاً لقوانين الخصوصية المعمول بها. وقد تشمل هذه المعلومات، ولكنها لا تقتصر على، المعلومات المتعلقة بالأجور، وأرصدة الحسابات، والاستثمارات، والإعانات، والمعاشات.

ما لم أقم/نقم بالإجابة بـ «لا» على السؤال ١٥ فإنني أفوض/فإننا نفوض إدارة الضمان الاجتماعي بالكشف للولاية عن المعلومات المالية المبينة أعلاه والمعلومات الأخرى التي يمكن من خلالها التعرف على الهوية من ملفي/ملفنا، مثل الاسم، وتاريخ الميلاد، والنوع، ورقم الضمان الاجتماعي لبدء إجراءات الطلب لبرامج مديكير للتوفير.

أقر/نقر بموجب شهادة الزور بأنني قمت/ بأننا قمنا بفحص جميع المعلومات التي في هذا النموذج وأنها صحيحة وصادقة على حد علمي/علمنا.

الرجاء استكمال القسم A. إذا كنت لا تستطيع التوقيع يجوز لأي مندوب أن يوقع بالنيابة عنك. إذا كان هناك شخص ما قد قدم لك المساعدة استكمل القسم B أيضاً.

#### القسم A

رقم الهاتف:	التاريخ:	توقيعك:
	التاريخ:	
رقم الشقة:		عنوانك البريدي:
الرمز البريدي:	الولاية:	المدينة:

إذا كنت قد قمت بتغيير عنوانك البريدي خلال الأشهر الثلاثة الماضية ضع علامة  هنا:

إذا كنت تفضل أن نتصل بشخص آخر إذا كان لدينا أسئلة إضافية، الرجاء كتابة اسم ذلك الشخص ورقم هاتف يمكن الاتصال به نهائياً.

رقم الهاتف:	اكتب الاسم الأخير بوضوح:	اكتب الاسم الأول بوضوح:
-------------	--------------------------	-------------------------

#### القسم B

إذا كان شخص ما قد ساعدك، ضع علامة  في المربع الذي يصف ذلك الشخص واكتب بقية المعلومات المطلوبة أدناه.  
فرد من العائلة

<input type="checkbox"/>	فرد من العائلة	<input type="checkbox"/>	محام	<input type="checkbox"/>	محام آخر	<input type="checkbox"/>	آخر، حدده: _____
<input type="checkbox"/>	صديق	<input type="checkbox"/>	وكالة	<input type="checkbox"/>	مشرف اجتماعي		

رقم الهاتف:	اكتب الاسم الأخير بوضوح:	اكتب الاسم الأول بوضوح:
رقم الشقة:		العنوان:
الرمز البريدي:	الولاية:	المدينة:



## قانون الخصوصية/ إشعار بتقليل الأوراق

المادة 1860 D-14 من قانون الضمان الاجتماعي تعطي تفويضًا بجمع المعلومات المطلوبة في هذه الاستمارة. سيتم استخدام المعلومات التي تقوم بتقديمها لتمكين إدارة الضمان الاجتماعي (Social Security Administration, SSA) من تحديد أحقيتك في الحصول على المساعدة لدفع حصتك من تكاليف برنامج ميديكير للوصفات الطبية. أنت غير ملزم بإعطائنا المعلومات التي نطلبها. ولكن إذا لم تقدم لنا تلك المعلومات فإننا لن نتمكن من اتخاذ قرار دقيق في الوقت المناسب بشأن طلبك. ويجوز لنا أن نقدم المعلومات التي نجمعها من خلال هذه الاستمارة إلى هيئة أخرى حكومية فيدرالية، أو محلية، أو تابعة للولاية لمساعدتنا في تحديد أحقيتك الأولية أو المستمرة في الحصول على مساعدة إضافية أو الكشف عن تلك المعلومات إذا كان القانون الفيدرالي ينص على ذلك. إننا نحتاج أيضًا إلى مشاركة هذه المعلومات مع برامج إدارة الضمان الاجتماعي الأخرى إذا كانت إدارة الضمان الاجتماعي في حاجة إلى تحديد أحقيتك في تلك البرامج.

ويجوز لنا أيضًا استخدام المعلومات التي تقدمها لنا عند مقارنة تلك المعلومات بسجلاتنا بالكمبيوتر. تقوم برامج المقارنة بمقارنة سجلاتنا بسجلات الهيئات الحكومية الفيدرالية، أو المحلية، أو التابعة للولاية. ويجوز للعديد من الهيئات استخدام برامج المقارنة لمعرفة أو إثبات أحقية الشخص في الحصول على الإعانات التي تدفعها الحكومة الفيدرالية. ويسمح لنا القانون بذلك حتى في حالة عدم موافقتك. ويوجد بمكاتب الضمان الاجتماعي شرح لذلك وللأسباب الأخرى القانونية لاستخدام أو إعطاء المعلومات التي تقدمها لنا. إذا أردت معرفة المزيد عن ذلك، اتصل بأي مكتب من مكاتب الضمان الاجتماعي.

بيان قانون خفض المستندات الورقية - عملية جمع المعلومات هذه تفي بمتطلبات المادة رقم 3507 من القانون الولايات المتحدة رقم 44، وتعديلاته بالمادة 2 من قانون خفض المستندات الورقية لعام 1995. ولا يتعين عليك الإجابة على تلك الأسئلة إلا إذا قمنا بإبراز رقم مراقبة صحيح لمكتب الإدارة والميزانية. وفقًا لتقديرنا، تستغرق عملية قراءة التعليمات، وجمع الحقائق، والإجابة على الأسئلة 30 دقيقة. يمكنك إرسال ملاحظاتك بشأن تقديرنا للوقت إلى: SSA, 6401 Security Blvd., Baltimore, MD 21235-6401. لا ترسل إلى هذا العنوان سوى الملاحظات المتعلقة بتقديرنا للوقت، أي لا ترسل الاستمارة بعد استيفائها.

أرسل الاستمارة بعد استكمالها إلينا على العنوان المبين على المظروف المرفق مدفوع التكلفة والمدون عليه العنوان:

**Social Security Administration  
Wilkes-Barre Data Operations Center  
P.O. Box 1020  
Wilkes-Barre, PA 18767-9910**