

社會安全局 重要通知



本說明信僅作為資訊用途。請勿填寫以下各頁。這不是申請表。

您可能符合取得處方藥品額外補助的資格。

聯邦醫療保險 (Medicare) 處方藥品計劃能讓您選擇各種承保範圍的處方藥品計劃。此外，您可能有資格獲得與聯邦醫療保險 (Medicare) 處方藥品計劃相關的月繳保險費、年度扣除額以及共付額等方面的額外補助。

但在我們向您提供補助之前，您必須填寫本申請表，將其置於隨信附送的信封內，並於今日寄回給我們。此外，您也可以透過 www.socialsecurity.gov 填寫線上申請表。我們將審核您的申請，並會寄信告知您是否符合額外補助的資格。要獲得額外補助，您必須登記參加一項聯邦醫療保險 (Medicare) 處方藥品計劃。

如果您需要幫助填寫申請書，請撥打電話 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778)，與社會安全局聯絡。詳情請登錄 www.socialsecurity.gov。

您也可根據聯邦醫療保險節省計劃 (Medicare Savings Programs) 獲得您所在州的補助，以支付其他聯邦醫療保險 (Medicare) 費用。填寫本表格，即表示您將開始聯邦醫療保險節省計劃的申請程序。我們將向您傳送資訊，說明誰將與您聯絡並幫助您申請聯邦醫療保險節省計劃，但如您透過回答本表格第 15 題告知我們無需如此，則屬例外。

如欲瞭解有關聯邦醫療保險節省計劃、聯邦醫療保險 (Medicare) 處方藥品計劃或如何登記參加計劃的資訊，請撥 1-800-MEDICARE (TTY 1-877-486-2048) 或登錄 www.medicare.gov。您也可申請獲得有關如何聯絡您的州醫療健康保險輔助計劃 (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) 的資訊。SHIP 將就您的聯邦醫療保險 (Medicare) 問題提供協助。

請您今天就將您的申請表郵寄給我們。

麥克·艾斯楚
社會安全局總署長

聯邦醫療保險 Medicare 處方藥品計劃額外補助申請表填寫說明



如果您是幫助其他人填寫此申請表

請按照被幫助人的情況填寫此申請表。您必須知道被幫助人的社會安全號碼與經濟情況。同時請填寫第 6 頁的 B 部分。

您是否同時擁有聯邦醫療保險 (Medicare) 與社會安全生活補助金 (SSI), 或聯邦醫療保險 (Medicare) 與醫療補助保險 (Medicaid) ?

如果回答「是」, 請勿填寫此申請表, 因為您將自動獲得額外補助。

您的州醫療補助保險 (Medicaid) 計劃是否因為您屬於一項聯邦醫療保險節省計劃, 而支付您的聯邦醫療保險 (Medicare) ?

如果回答「是」, 請向您的州醫療補助保險 (Medicaid) 辦公室洽詢詳情。您可以自動取得額外補助, 因此可能不必填寫此申請表。

如何填寫此申請表

- 只能使用黑色墨水;
- 請在方框內書寫數字、字母與畫 X; 只使用大寫字母;
- 不要在申請表增添任何手寫的意見;
- 輸入金額時請勿使用貨幣單位符號; 而且
- 以元為最小單位, 分值四捨五入。

範例

請在方框內畫 X 切勿填塗或勾選

 正確	 不正確
--------	---------

範例

請以大寫字母填寫答案

A	B	C	D
---	---	---	---

自己填寫申請

您可以透過網站 www.socialsecurity.gov 線上填寫申請表, 或使用隨信附送的回郵信封, 將您填妥並簽名的申請表寄回給我們。地址是:

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

請使用隨信附送的回郵信封將此申請表寄回。請勿夾寄任何其他東西。如果我們需要更多資訊, 我們將與您聯絡。

註: 您必須居住於 50 個州之一或哥倫比亞特區, 方可申請。

如果您在填寫此申請表時有問題或需要幫助

您可以撥打免費電話 1-800-772-1213 與我們聯絡, 或如果您失聰或有聽覺障礙, 您可以撥打 TTY 電話 1-800-325-0778 與我們聯絡。



如果您在第 3 題的「否」或「不確定」框中畫 X，請回答所有下列問題。如果您已婚並與配偶共同生活，您必須為你們兩人回答所有問題。

4. 請在下列方框中輸入您、您的配偶（如果已婚而且共同生活）或你們兩人的所有銀行帳戶、投資或現金的總金額，包括你們兩人中任何一人與他人共有的財產。請填寫美元數字，不要包括帳號。如果您或您的配偶既不單獨也不與他人共同擁有上面所列各項財產，請在「否」框內畫 X。請勿計入過去 10 個月中收到的社會安全局或社會安全生活輔助金的返款。

• 所有銀行帳戶合計（包括支票、儲蓄和定存單）	<input type="checkbox"/> 無	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
• 所有股票、債券、儲蓄債券、共同基金、個人退休帳戶或其他類似投資合計	<input type="checkbox"/> 無	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
• 在家中或其他地方存放的任何其他現金	<input type="checkbox"/> 無	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>

5. 第 4 題中所列的資金是否有一部分會用來支付喪葬費用？

如果是，請跳至第 6 題。

如果否，請在「否」框內畫 X，然後前往第 6 題。

您： 否 配偶： 否

6. 除了您的住宅及其所處地產外，您或您的配偶（如果已婚而且共同生活）是否擁有任何不動產？其他不動產的例子包括獨立於您住宅的暑期度假屋、出租房屋或您擁有的未開發土地。

是 否

7. 如果您已婚，不包括您的配偶，有多少位其他親屬與您生活在一起，並依靠您或您的配偶提供至少一半的經濟資助？親屬的範圍可包括任何與您有血親、姻親或收養關係的人士。

僅可在一個方框內畫 X。該數字不應包括您自己或您的配偶在內。如果您家裡只有您或您和您的配偶，請在「無」框內畫 X。

無 1 2 3 4 5 6 7 8 或更多



8. 如果您或您的配偶（如果已婚而且共同生活）有任何下列收入來源，您必須為你們兩人回答問題。請輸入每月收入總額。如果每月的金額不同或您不是每個月都收到，則請在適當的方框內輸入去年每一類收入的月平均金額。請勿將工資、自我僱用收入、利息收入、政府援助金、醫療退還金或寄養費用列入其中。如果您或您的配偶在下列來源之一中無任何收入，則請在「無」框內畫 。

		每月福利
• 社會安全福利（扣抵前）	<input type="checkbox"/> 無	\$ <input type="text"/> , <input type="text"/> . <input type="text"/>
• 鐵路退休金（扣抵前）	<input type="checkbox"/> 無	\$ <input type="text"/> , <input type="text"/> . <input type="text"/>
• 退役軍人保障金（扣抵前）	<input type="checkbox"/> 無	\$ <input type="text"/> , <input type="text"/> . <input type="text"/>
• 其他養老金或退休金（扣抵前）。 不包括您在第 4 題中計入的各項資金。	<input type="checkbox"/> 無	\$ <input type="text"/> , <input type="text"/> . <input type="text"/>
• 上面未列出的其他收入，包括離婚或分居後的撫養費、房租淨收入、工傷賠償、私人或州殘障福利金等（請說明） _____	<input type="checkbox"/> 無	\$ <input type="text"/> , <input type="text"/> . <input type="text"/>

9. 您在第 8 題中所列的收入金額在過去兩年中是否曾下降？

是 否

如果您在過去的兩年中曾經工作，您必須回答第 10-14 題。如果您已婚並與配偶共同生活，而且其中一人在過去兩年中曾經工作，您必須回答第 10-14 題。否則，請跳至第 15 題。

10. 您預計自己這個日曆年的稅前和扣抵前工資是多少？

您： 無 \$, .

配偶： 無 \$, .



11. 如果您是自我僱用者，預計您**這個日曆年**的淨收入是多少？
如果您不是自我僱用者，請在「無」框內畫 ，然後前往第 12 題。

您： 無 \$, .

配偶： 無 \$, .

如果您或您的配偶預計有淨損失，請在方框內畫 。



您： 配偶：

12. 您在第 10 題或第 11 題中所列的收入金額在過去兩年中是否曾下降？

是 否

13. 如果您或您的配偶在 2010 年或 2011 年停止工作或計劃在 2011 年或 2012 年停止工作，請輸入停止工作的年份與月份。

您： 2 0
月份 年份

配偶： 2 0
月份 年份

★ 範例

填寫 1 至 9 月時，請在第一個方框內填寫零 (0)。2010 年 5 月請寫成：

0 5 2 0 1 0
月份 年份

如您尚未年滿 65 歲，請回答第 14 題。如您已婚並與您的配偶共同生活，而且其中一人尚未年滿 65 歲，請繼續回答第 14 題。否則，請跳至第 15 題。

14. 您或您的配偶是否為使自己能從事工作而支付相關費用？如果您因殘障或視障而領取 社會安全福利，但仍參加工作，並且因而需支付與工作相關且未得到報銷的費用，我們將根據收入限制標準，只計算您工作的部分收入。此類費用包括：愛滋病、癌症、憂鬱症或癲癇症的治療與藥品費用、輪椅費用、護理服務費用、車輛改裝費用、司機幫助費用或其他與工作相關的專門交通需要費用、與工作相關的技術輔助費用、導盲犬的費用、感測器與視力輔助費用，以及盲文翻譯費用。

您： 是 否

配偶： 是 否

15. **關於聯邦醫療保險節省計劃的資訊：** 您可根據聯邦醫療保險節省計劃獲得您所在州的補助，以支付聯邦醫療保險 (Medicare) 費用。要開始您的聯邦醫療保險節省計劃申請程序，社會安全局將向您所在州傳送本表格所載資訊，但如您告知我們不要傳送則除外。**如果您想獲得聯邦醫療保險節省計劃的補助，則不必回答此問題。您僅需簽署申請表並註明日期，您所在州會與您聯絡。**

如果您不想申報聯邦醫療保險節省計劃，請在以下方框中畫 。

否，請勿向我所在州傳送資訊。



簽名 重要資訊—請仔細閱讀

我/我們瞭解：社會安全局 (SSA) 將對我/我們的陳述進行查核，並與包括國內稅務局 (IRS) 在內的聯邦、州及地方政府機構的檔案紀錄進行比對，以確保做出正確的決定。

透過提交此申請表，我/我們授權 SSA 依照相關的隱私權法律，可獲得並透露與我/我們在國內外 的收入、資源與財產等相關的資訊。此類資訊可以包括但不限於有關我/我們工資、帳戶餘額、投資、福利以及養老金等方面的資訊。

除非我/我們對第 15 題的回答為「否」，否則我/我們授權 SSA 向州透露上述財務資訊及我/我們檔案中的其他個人識別資訊，如我/我們的姓名、出生日期、性別及社會安全號碼，以開始聯邦醫療保險節省計劃的申請程序。

我/我們聲明已經對此表上的所有資訊進行了核對，並且據我/我們所知，以上資訊是真實和準確的，如果提供虛假資訊，我/我們將受到偽證懲罰條款的處罰。

請填寫 A 部分。如果您無法簽名，可由他人代表您簽名。如果是由他人幫助您填寫，則請填表 人同時填寫 B 部分。

A 部分

您的簽名：	日期：	電話號碼： () -
配偶簽名：	日期：	
您的通訊地址：		公寓號碼：
城市：	州：	郵遞區號：

如果您最近三個月內已經更改地址，請在此處畫 ：

如果您希望我們在有其他問題時與其他人聯絡，請將此人的姓名及其日間電話號碼提供給我們。

正楷名：	正楷姓：	電話號碼： () -
------	------	----------------

B 部分

如果有其他人幫助您填寫此表，請在最能描述此人身份的方框內畫X，並將提供下列所要求的其他資訊。

<input checked="" type="checkbox"/> 家人	<input checked="" type="checkbox"/> 律師	<input checked="" type="checkbox"/> 其他代理人	<input checked="" type="checkbox"/> 其他 (請說明)： _____
<input checked="" type="checkbox"/> 朋友	<input checked="" type="checkbox"/> 機構	<input checked="" type="checkbox"/> 社工	_____

正楷名：	正楷姓：	電話號碼： () -
地址：		公寓號碼：
城市：	州：	郵遞區號：



隱私權法/減少紙上作業法聲明

根據《社會安全法》第 1860 D-14 節的規定，社會安全局 (SSA) 有權收集此表格上所要求的資訊。SSA 將使用您所提供的資訊以決定您是否有資格獲得聯邦醫療保險 (Medicare) 處方藥品計劃藥費補助。您並非必須向我們提供所需的資訊。但是，如果您不提供該資訊，我們將無法對您的申請做出準確與及時的決定。我們可能會將自此表上收集到的資訊提供給聯邦、州或地方政府其他有關機構，以幫助我們決定您是否具有獲得該額外補助的初始或持續資格。同時，我們會根據聯邦法律的要求而透露此資訊。如果 SSA 要確定您參加其他計劃的資格，我們也可能需要 與其他 SSA 計劃分享資訊。

我們也會用您向我們提供的資訊進行電腦檔案比對。比對程序將會把我們的檔案紀錄與其他聯邦、州或地方政府機構的檔案紀錄進行分析比較。許多機構都可能會利用比對程序以查找或證實一個人具備領取聯邦政府有關福利的資格。即使未取得您的同意，法律也允許我們這樣做。您可向任何社會安全辦事處索取我們可能使用或透露您提供的資訊之理由。如果您想進一步瞭解這方面的資訊，請與社區附近的社會安全辦事處聯絡。

《減少紙上作業法》聲明 — 依據 1995 年通過的《減少紙上作業法》第 2 節修正案，本資訊的收集 符合該法之 44 U.S.C. § 3507 的規定。除非我們出示了管理與預算局 (Office of Management and Budget) 之有效的控制號碼，否則您不需要回答這些問題。我們估計，閱讀說明、收集資料並回答這些問題可能需要花 30 分鐘的時間。您可以將您對我們上面所做時間估計的評論寄給我們，地址為：SSA, 6401 Security Blvd., Baltimore, MD 21235-6401。僅需郵寄與我們的時間估計相關的評論至該地址，請勿將填妥的申請表郵寄到該處。

請按照隨信附送的郵資已付回郵信封上預先列印好的地址將填妥的申請表郵寄給我們：

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