

Social Security Administration

Mahalagang Impormasyon



**ANG PANIMULANG LIHAM NA ITO AY PARA SA
IMPORMASYON LAMANG. HUWAG PUNUIN ANG MGA
SUSUNOD NA PAHINA. ITO AY HINDI ISANG APLIKASYON.**

Ikaw ay maaaring maging marapat makakuha ng Karagdagang Tulong sa pagbayad para sa iyong mga niresetang gamot.

Ang programang Medicare Prescription Drug (De-resetang Gamot sa Medicare) ay nagbibigay sa iyo ng pagpipilian sa mga plano ng reseta na nagbibigay ng iba't ibang uri ng saklaw. Bilang karagdagan, ikaw ay maaring makakuha ng Karagdagang Tulong upang makabayad para sa mga buwanang premium, taunang babawasin, at mga kapwa-bayad na kaugnay sa programang Medicare Prescription Drug.

Subalit bago ka namin matulungan, **kailangan mong punuin ang aplikasyong ito, ilagay sa kalakip na sobre at ipadala ngayon.** O maaari mong kumpletuhin ang isang aplikasyong online sa **www.socialsecurity.gov**. Rerepasuhin namin ang iyong aplikasyon at papadalhan ka ng liham upang ipaalam sa iyo kung ikaw ay kwalipikado para sa Karagdagang Tulong. Upang makagamit ng Karagdagang Tulong, ikaw ay dapat mag-enrol sa isang planong Medicare Prescription Drug.

Kung kailangan mo ng tulong sa pagkumpleto ng aplikasyon, tumawag sa **Social Security sa 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778)**. Maaari kang makakuha ng karagdagang impormasyon sa **www.socialsecurity.gov**.

Maaari ka ring makakakuha ng tulong mula sa iyong estado kaugnay ng iba pang mga gastusin sa Medicare sa ilalim ng Medicare Savings Programs. Sa pamamagitan ng pagkumpleto ng pormularyong ito, sisimulan mo ang proseso ng aplikasyon para sa Medicare Savings Program. Kami ay magpapadala ng impormasyon sa iyong estado na makikipag-ugnayan sa iyo upang ikaw ay matulungang makapag-aplay para sa Medicare Savings Program maliban kung kami ay iyong sabihan na hindi sa pamamagitan ng pagsagot sa katanungang 15 sa pormularyong ito.

Kung kailangan mo ng impormasyon tungkol sa Medicare Savings Programs, Mga planong Medicare Prescription Drug o kung paano mag-enroll sa isang plano, tumawag sa **1-800-MEDICARE (TTY 1-877-486-2048)** o bisitahin ang **www.medicare.gov**. Maaari ka ring humingi ng impormasyon tungkol sa kung paano makipag-ugnayan sa iyong State Health Insurance Assistance Program (SHIP). Ang SHIP ay nagbibigay ng tulong sa iyong mga katanungang Medicare.

Pakipadala ang iyong aplikasyon ngayon.

Michael J. Astrue
Komisyoner



Mga Pangkalahatang Tagubilin para sa Pagkumpleto ng Aplikasyon para sa Karagdagang Tulong sa mga Gastusin sa Medicare Prescription Drug Plan

Kung Ikaw ay Tumutulong sa Kaninuman sa Aplikasyong Ito

Sagutan ang mga katanungan na tila ang taong iyon ang kumukumpleto sa aplikasyon. Dapat mong malaman ang numero ng Social Security at impormasyong pinansiyal ng isang tao. Gayundin, kumpletuhin ang Seksyon B sa pahina 6.

Ikaw ba ay may Medicare at Supplemental Security Income (SSI) o Medicare at Medicaid?

Kung ang sagot ay **OO**, huwag mong kumpletuhin ang aplikasyong ito dahil ikaw ay awtomatikong makakakuha ng Karagdagang Tulong.

Ang programang Medicaid ng iyong estado ay nagbabayad ba ng mga Medicare premium dahil ikaw ay napapabilang sa isang Medicare Savings Program?

Kung ang sagot ay **OO**, makipag-ugnayan sa iyong opisinang Medicaid ng iyong estado para sa karagdagang impormasyon. Ikaw ay maaaring awtomatikong makakakuha ng Karagdagang Tulong at maaaring hindi na mangailangang kumpletuhin ang aplikasyong ito.

Paano Kumpletuhin ang Aplikasyong Ito

- Gumamit ng **TINTANG ITIM** lamang;
- **Itago ang iyong mga numero, mga letra at mga X sa loob ng mga kahon; gumamit ng mga malalaking titik;**
- Huwag kang magdagdag ng anumang nakasulat na mga puna sa aplikasyon;
- Huwag kang gumamit ng mga dollar sign kapag naglalagay ng halaga ng salapi; at
- Ang mga cents ay maaaring buuin sa pinakamalapit na buong dolyar.

★ HALIMBAWA

Maglagay ng X sa kahon. HUWAG punan o gumamit ng mga tandang tsek sa mga kahon.

 TAMA	 MALI
-----------------	-----------------

★ HALIMBAWA

Gumamit ng mga malalaking titik sa paglagay ng mga sagot

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

Pagkumpleto ng Iyong Aplikasyon

Maaaring kumpletuhin ang aplikasyong online sa www.socialsecurity.gov o gamitin ang kalakip na selyadong sobreng may address upang maibalik ang iyong nakumpleto at nalagdaang aplikasyon sa:

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

Ibalik itong pakete ng aplikasyon sa kalakip na sobre. Huwag isama ang ano pa man sa sobre. Kung kailangan namin ng karagdagang impormasyon, kami ay makikipag-ugnayan sa iyo.

PAUNAWA: Upang makapag-aplay, ikaw ay kailangang manirahan sa isa sa mga 50 na estado o sa District of Columbia.

Kung Ikaw ay Mayroong Mga Katanungan o Mangangailangan ng Tulong sa Pagkumpleto ng Aplikasyong Ito

Maaari kang tumawag sa amin nang toll-free sa **1-800-772-1213**, o kung ikaw ay bingi o nahihirapang nakarinig, maaari kang tumawag sa aming numerong TTY, **1-800-325-0778**.



<h2 style="margin: 0;">Aplikasyon para sa Karagdagang Tulong sa mga Gastusin sa Medicare Prescription Drug Plan</h2> <p style="color: red; margin: 5px 0;">ITO AY ISANG APLIKASYON PARA SA KARAGDAGANG TULONG AT HINDI NAG-EENROL SA IYO SA MEDICARE PRESCRIPTION DRUG PLAN.</p>	
---	--

1. Pangalan ng Aplikante: Ilimbag ang pangalan **tulad ng pagkakasulat sa iyong Social Security kard**. Gumamit ng isang kahon sa bawat letra.

UNANG PANGALAN		MI
APELYIDO		DAGDAG SA APELYIDO (Jr., Sr., atbp.)
SOCIAL SECURITY NUMBER NG ASAWA		PETSA NG KAPANGANAKAN NG ASAWA (MM-DD-YYYY)

2. Kung ikaw ay **kinasal at nakatira kasama ang iyong asawa**, magbigay ng mga sumusunod na impormasyon **tulad ng pagkakasulat sa Social Security kard ng iyong asawa**. Kung ikaw ay kasalukuyang hindi kasal, hindi nakatira kasama ang asawa o balo, lumakdaw sa katanungang 3 at huwag isama ang anumang impormasyon tungkol sa iyong asawa sa aplikasyong ito.

UNANG PANGALAN		MI
APELYIDO		DAGDAG SA APELTIDO (Jr., Sr., atbp.)
SOCIAL SECURITY NUMBER NG ASAWA		PETSA NG KAPANGANAKAN NG ASAWA (MM-DD-YYYY)

Kung ang iyong asawa ay may Medicare, siya ba ay nagnanais na mag-aplay para sa **OO** **HINDI** Karagdagang Tulong?

3. Kung ikaw ay **kasal at naninirahan kasama ang iyong asawa**, ikaw ba ay may mga ipon, mga puhunan o mga lupain na may halagang mahigit sa \$25,260? Kung ikaw ay hindi kasal o hindi nakikisama sa iyong asawa, ang halaga ba ay mahigit sa \$12,640? **HUWAG** bilangin ang bahay na iyong tinitirahan, mga sasakyan, mga personal na pag-aari, mga loteng libingan, mga di mabagong kontrata sa paglibing o mga back payment mula sa Social Security o SSI.

OO Kung ikaw ay naglagay ng sa kahong **OO**, ikaw ay hindi marapat para sa Karagdagang Tulong. Subalit, ang iyong estado ay maaaring makatulong sa iyo para sa iyong mga gastusing Medicare sa pamamagitan kaniang mga Medicare Savings Program. Upang simulan ang proseso ng aplikasyon para sa Medicare Savings programs, lumakdaw sa pahina 6, lagdaan ang aplikasyong ito at ibalik sa amin. Kung ikaw ay hindi interesado sa mga Medicare Savings Program, lumakdaw sa katanungang 15 sa pahina 5.

HINDI o HINDI SIGURADO Kung ikaw ay maglalagay ng sa **HINDI o HINDI SIGURADO** na kahon, kumpletuhin ang kabuuan ng aplikasyong ito at ibalik sa amin.



Kung ikaw ay naglagay ng sa HINDI o HINDI SIGURADO na kahon sa katanungan 3, sagutan ang lahat ng mga sumusunod na katanungan. Kung ikaw ay kasal at kasama ang iyong asawa, kailangan mong sagutin ang lahat ng mga katanungan para sa inyong dalawa.

4. Ipasok sa ibaba ang mga halaga ng salapi sa lahat ng account sa bangko, mga puhunan o cash na ikaw o ang iyong asawa, kung kasal at nagsasama, o pareho ninyong pagmamay-ari. Gayundin isama ang mga item na pagmamay-ari ng sino man sa inyo kasama ang ibang tao. Isama lamang ang mga halagang dolyar at hindi ang mga numero ng account. Kung ikaw o ang iyong asawa ay hindi nagmamay-ari ng anumang item na nakalista, nang mag-isa o may kasamang tao, maglagay ng sa **WALA** na kahon. **HUWAG** isama ang isang back payment mula sa Social Security o SSI na natanggap sa huling 10 buwan.

<ul style="list-style-type: none"> • Pinagsamang kabuuan ng lahat ng mga account sa bangko (checking, savings at mga sertipiko ng deposito) 	<input type="checkbox"/> WALA	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Pinagsamang kabuuan ng lahat ng stocks, bonds, savings bonds, mutual funds, Mga Indibiduwal na Account sa Pagreretiro o iba pang natutulad na mga puhunan 	<input type="checkbox"/> WALA	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Pera sa tahanan o kahit saang lugar 	<input type="checkbox"/> WALA	\$ <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. Ang ibang mga salapi ba sa mga pinagkukunang nakalista sa **katanungang 4** ay magagamit sa pagbayad para sa mga gastusin sa punerarya o libing?

Kung OO, lumaktaw sa katanungang 6.

Kung **HINDI**, maglagay ng sa **HINDI** na kahon, tsaka pumunta sa katanungang 6.

IKAW: **HINDI** **ASAWA:** **HINDI**

6. Maliban sa iyong bahay at ang ari-arian kung saan ito nakatirik, ikaw ba o ang iyong asawa, kung kasal at nagsasama, ay nagmamay-ari ng anumang real estate? Mga halimbawa ng iba pang mga real estate ay mga bahay bakasyunan, mga ari-ariang paupahan o di pa napalagong lupa na iyong pag-aari na hiwalay sa iyong bahay.

OO **HINDI**

7. Hindi pagsama sa bilang ang iyong asawa kung ikaw ay kasal, ilan pang mga kamag-anak ang naninirahan sa iyong tahanan at nakatatanggap ng hindi bababa sa kalahati ng suportang pinansiyal mula sa iyo o sa iyong asawa? Binibilang namin ang mga kamag-anak na iyong kaugnay sa dugo, pagkasal o pag-ampon.

Maglagay ng sa isang kahon lamang. **Huwag mong isama ang iyong sarili o ang iyong asawa sa numerong iyong ipapasok.** Kung ang iyong sambahayan ay binubuo lamang ng ikaw o ikaw at ang iyong asawa, maglagay ng X sa **WALA** na kahon.

WALA **1** **2** **3** **4** **5** **6** **7** **8** **9 o higit pa**



8. Kung ikaw o ang iyong asawa, kung kasal at nagsasama, ay nakatatanggap **ng kita** mula sa anumang pinagkukunang nakalista sa ibaba, ikaw ay dapat sumagot para sa inyong dalawa. Pakipasok ang kabuuang halaga na iyong natatanggap kada buwan. **Kung ang halaga ay nagbabago buwan buwan o ikaw ay hindi nakatatanggap nito kada buwan, ipasok ang karaniwang buwanang kita para sa nakaraang taon para sa bawat uri** sa mga wastong kahon. Huwag maglista ng mga sahod at sariling-pag-empleyo, kita mula sa interes, tulong sa publiko, mga medikal reimbursement o kabayaranang foster care dito. Kung ikaw o ang iyong asawa ay hindi nakatatanggap ng kita mula sa isang pinagkukunang nakalista sa ibaba, maglagay ng sa **WALA** na kahon para sa pinagkukunang iyon.

		Buwanang Benepisyo
• Benepisyong Social Security bago ang mga pagkaltas	<input type="checkbox"/> WALA	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
• Mga Benepisyong Pagretiro sa Railroad bago ang mga pagkaltas	<input type="checkbox"/> WALA	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
• Mga benepisyo ng beterano bago ang mga pagkaltas	<input type="checkbox"/> WALA	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
• Iba pang mga pensyon o annuities bago ang mga pagkaltas . Huwag isama ang salapi na iyong natatanggap mula sa anumang item na iyong isinama sa katanungan 4.	<input type="checkbox"/> WALA	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
• Iba pang kita na hindi nailista sa itaas, kasama ang alimony, net rental income, kompensasyon ng mga mangagawa, pribado o bayad ng estado sa kapansanan, atbp. (Tukuyin): _____	<input type="checkbox"/> WALA	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>

9. Ang alinman sa mga halaga bang iyong naisama sa katanungan 8 ay nabawasan sa huling dalawang taon?

OO HINDI

Kung ikaw ay naghanapbuhay sa huling dalawang taon, kailangan mong sagutin ang mga katanungang 10-14. Kung ikaw ay kasal at kasama ang iyong asawa at sino man sa inyo ay naghanapbuhay sa huling dalawang taon, kailangan mong sagutin ang mga katanungang 10-14. Kung hindi naman, lumaktaw sa katanungang 15.

10. Ano ang iyong inaasahang malilikom sa mga kita mula sa mga buwis at pagkaltas **ngayong taon?**

IKAW: WALA \$, .

ASAWA: WALA \$, .



11. Ano ang iyong inaasahan na magiging netong kita mula sa sariling pag-empleyo **ngayong taon?**

Maglagay ng sa **WALA** na kahon kung ikaw ay hindi self-employed at pumunta sa katanungan 12.

IKAW: WALA

\$, .

ASAWA: WALA

\$, .

Maglagay ng sa (mga) kahon kung ikaw o ang iyong asawa ay umaasa sa netong kawalan.



IKAW: ASAWA:

12. Ang alinman sa mga halaga bang iyong naisama sa katanungan 10 o 11 ay kumonti sa huling dalawang taon?

OO HINDI

13. Kung ikaw o ang iyong asawa, ay tumigil sa pagtrabaho sa 2010 o 2011, o nagbabalak na tumigil sa pagtrabaho sa 2011 o 2012, ipasok ang buwan at taon.

IKAW: 2 0

M M Y Y Y Y

ASAWA: 2 0

M M Y Y Y Y



HALIMBAWA

Para sa Enero – Setyembre, maglagay ng isang zero (0) sa unang kahon. May 2010 ay dapat basahing:

0	5	2	0	1	0
M	M	Y	Y	Y	Y

Kung ikaw ay mas bata pa sa edad na 65, sagutin ang katanungang 14. Kung ikaw ay kasal at kasama ang iyong asawa at sino man sa inyo ay mas bata pa sa edad na 65, magpatuloy sa katanungan 14. Kung hindi naman, lumaktaw sa katanungang 15.

14. Ikaw ba o ang ang iyong asawa ay kinailangang magbayad para sa mga bagay na nagbibigay abilidad sainyo na magtrabaho? Kami ay magbibilang lamang ng isang bahagi ng iyong nalikom tungo sa hangganan ng kita kung ikaw ay nagtatrabaho at nakatatanggap ng mga benepisyong Social Security batay sa isang kapansanan o pagkabalag at ikaw ay mayroong mga gastusing may kaugnayan sa trabaho na hindi na naibalik. Mga halimbawa ng mga tulad na mga gastusin ay: ang halaga ng gamutang medikal at mga gamot para sa AIDS, kanser, depresyon o epilepsy; isang wheelchair; serbisyo ng personnel attendant; pagbabago sa mga sasakyan, tulong ng nagmamaneho o iba pang natatanging mga pangangailangang pangtransportasyong may kaugnayan sa trabaho; work-related assistive na teknolohiya; gastusing guide dog; mga sensory at visual aid; at mga pagsasaling Braille.

IKAW: OO HINDI

ASAWA: OO HINDI

15. **Impormasyon tungkol sa Medicare Savings Programs:** Maaari ka ring makakakuha ng tulong mula sa iyong estado kaugnay ng iba pang mga gastusin sa Medicare sa ilalim ng Medicare Savings Programs. Upang makapagsimula ng iyong proseso sa aplikasyon para sa Medicare Savings programs, ang Social Security ay magpapadala ng impormasyon mula sa pormularyong ito sa iyong estado maliban na lamang kung kami ay hindi mo pahintulutan. **Kung nais mong makahingi ng tulong mula sa Medicare Savings Programs, huwag kumpletuhin ang katanungang ito. Lagdaan lamang at lagyan ng petsa ang aplikasyon at ang iyong estado ay makikipag-ugnayan sa iyo.**

Kung ikaw ay **hindi** interesado sa pagpasa para sa Medicare Savings Programs, maglagay ng sa kahon sa ibaba.

Hindi, huwag magpadala ng impormasyon sa estado.



Mga Lagda

MAHALAGANG IMPORMASYON - PAKIBASA NG MABUTI

Nauunawaan Ko/Namin na ang Social Security Administration (SSA) ay magre-repaso ng aking/aming mga pahayag at ihahambing ang mga tala nito sa mga tala ng Pederal na Estado, at ng pamahalaang lokal, kasama ang Internal Revenue Service (IRS) upang makasigurado na ang pagtukoy ay tama.

Sa pamamagitan ng pagsumite ng aplikasyong ito, Ako/Kami ay nagbibigay kapangyarihan sa SSA na kunin at isiwalat ang impormasyong nauugnay sa akin/aming kita, mga pinagkukunan, at mga ari-arian, panlabas at panloob, na umaayon sa naaakmang mga batas sa pagiging pribado. Ang impormasyong ito ay maaring magsama, subalit hindi limitado sa, impormasyon ukol sa akin/aming mga kita, balanse sa account, puhunan, benepisyo, at pensyon.

Maliban na lamang kung Ako/kami ay sumagot na "Hindi" sa Katanungan 15, Ako/kami ay nagbibigay kapangyarihan sa SSA na isiwalat sa estado ang mga impormasyong pinansyal na nakalista sa itaas at iba pang naiisang nakikilalang impormasyon mula sa akin/aming talaan, tulad ng akin/aming (mga) pangalan, petsa ng kapanganakan, kasarian at (mga) social security number upang masimulan ang proseso ng aplikasyon para sa Medicare Savings Programs.

Idinideklara Ko/Namin sa ilalim ng kaparusahan sa pagsisinungaling na ineksamin Ko/namin ang lahat ng mga impormasyon sa pormularyong ito at ang mga ito ay totoo at tama sa abot ng aking/aming nalalaman.

Paki-kumpleto ang Seksyon A. Kung hindi mo malagdaan, maaari itong lagdaan ng isang kinatawan para sa iyo. Kung mayroong gumabay sa iyo, kumpletuhin din ang Seksyon B.

Seksyon A

Iyong Lagda:	Petsa:	Numero ng Telepono: (_____) _____ - _____
Lagda ng Asawa:	Petsa:	
Iyong Address sa Koreo:	Apt. #:	
Lungsod:	Estado:	Zip Code:

Kung iyong pinalitan ang iyong address sa koreo sa loob ng nakalipas na tatlong buwan, maglagay ng dito:

Kung iyong nanaisin na kami'y makipag-ugnayan sa iba kung kami ay may mga karagdagang katanungan, maaaring ilaan ang pangalan ng tao at numero ng telepono kapag araw.

Ilimbag ang Unang Pangalan:	Ilimbag ang Apelyido:	Numero ng Telepono: (_____) _____ - _____
-----------------------------	-----------------------	--

Seksyon B

Kung mayroong gumabay sa iyo, maglagay ng isang sa kahon na naglalarawan sa tao at maglaan ng mga hinihiling na impormasyon sa ilalim.

<input type="checkbox"/> Miyembro ng Pamilya	<input type="checkbox"/> Abugado	<input type="checkbox"/> Ibang Humahalili	<input type="checkbox"/> Iba Tukuyin: _____
<input type="checkbox"/> Kaibigan	<input type="checkbox"/> Ahensya	<input type="checkbox"/> Social Worker	

Ilimbag ang Unang Pangalan:	Ilimbag ang Apelyido:	Numero ng Telepono: (_____) _____ - _____
Address:	Apt. #:	
Lungsod:	Estado:	Zip Code:



Batas sa Pagkapribado / Abiso sa Pagbabawas sa Papeles

Pinahihintulutan ng Seksyon 1860 D-14 ng *Batas sa Social Security* ang pagkolekta ng impormasyon na hinihiling sa pormularyong ito. Ang impormasyon na iyong ilalaan ay gagamitin upang matukoy ng Social Security Administration (SSA) kung ikaw ay marapat tulungan sa bahagi ng kabayaran sa gastusin ng isang plano sa Medicare Prescription Drug. Hindi mo kailangan ibigay sa amin ang impormasyong hinihiling. Subalit, kung hindi ka maglalaan ng impormasyon, hindi kami maaaring gumawa ng tumpak at nasa oras na pagpasya sa iyong aplikasyon. Kami ay naglalaan ng impormasyong nakuha sa pormularyong ito sa isang Pederal, Estado, o ahensiyang gobyernong lokal upang makatulong sa amin sa pag-alam ng iyong panguna o tuloy-tuloy na pagiging marapat para sa Karagdagang Tulong o kung ang batas Pederal ay humihingi ng pagbitaw ng impormasyon. Maaaring kailanganin din namin ang pagbahagi ng impormasyon sa ibang mga programang SSA kung kakailanganing alamin ng SSA ang iyong pagiging marapat sa mga programang iyon.

Maaari ring gamitin namin ang impormasyong ibinigay mo sa amin sa pagpareha ng mga rekord sa pamamagitan ng computer. Ang mga programang tugma ay naghahalintulad sa aming mga tala sa mga nasa Pederal, Estado, o mga ahensiyang gobyernong lokal. Maraming mga ahensiya ang maaaring gumamit ng mga programang pagpapareha upang makahanap o makapagpatunay na ang isang tao ay marapat para sa mga benepisyong binayaran ng gobyernong Pederal. Ang batas ay nagpapahintulot sa amin na gawin ito kahit na ikaw ay hindi sumang-ayon sa ito. Ang mga paliwanag ukol sa mga ito at iba pang mga dahilan kung bakit ang mga impormasyon na iyong ibinigay sa amin ay maaring gamitin o ipamigay ay makikita sa mga opisina ng Social Security. Kung nais mong higit pang matuto tungkol dito, makipag-ugnayan sa alinmang opisina ng Social Security.

Pahayag sa Batas sa Pagbabawas ng Papeles — Ang koleksiyon ng impormasyong ito ay umaabot sa mga hiling ng 44 U.S.C. § 3507, na binago ng seksyon 2 ng *Batas sa Pagbabawas ng Papeles ng 1995*. Hindi mo kinakailangang sagutin ang mga katanungang ito maliban na lamang kung kami ay magpakita ng balidong control number ng Opisina ng Pamunuan at Badyet. Tanya namin na aabutin nang higit-kumulang sa 30 minuto ang pagbasa ng mga tagubilin, pagkalap ng mga impormasyon, at pagsagot sa mga katanungan. Maaari kang magpadala ng mga komento sa aming tinatayang oras sa: SSA, 6401 Security Blvd., Baltimore, MD 21235-6401. **Magpadala lamang ng mga komento na mag-uugnay sa aming tantyadong nakumpletong oras sa address na ito, hindi ang nakumpletong pormularyo.**

IPADALA ANG NAKUMPLETONG PORMULARYO SA AMIN SA ADDRESS NA IPINAPAKITA SA KALAKIP NA SOBRENG MAY SELYO AT MAY ADDRESS.

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