

Thông Tin Quan Trọng về Sơ An Sinh Xã Hội



THƯ NGỎ NÀY CHỈ ĐỂ CHO BIẾT THÔNG TIN. ĐỪNG ĐIỀN VÀO CÁC TRANG DƯỚI ĐÂY. ĐÂY KHÔNG LÀ ĐƠN XIN.

Quý vị có thể đủ tiêu chuẩn được bao trả thêm cho thuốc theo toa.

Chương trình Thuốc Theo Toa Medicare (Medicare Prescription Drug) cho quý vị quyền lựa chọn chương trình thuốc theo toa - có nhiều loại bao trả khác nhau. Hơn nữa, quý vị cũng có thể đủ tiêu chuẩn được bao trả thêm (Extra Help) cho bảo phí hàng tháng, tiền khấu trừ hàng năm, và tiền đồng trả liên quan đến chương trình Thuốc Theo Toa Medicare.

Nhưng trước khi chúng tôi có thể giúp đỡ quý vị, **thì quý vị phải điền đơn xin này, bỏ vào bao thư đính kèm rồi gửi qua bưu điện ngay hôm nay.** Quý vị cũng có thể điền đơn xin trực tuyến tại www.socialsecurity.gov. Chúng tôi sẽ cứu xét đơn xin của quý vị rồi gửi thư cho biết quý vị có đủ tiêu chuẩn được bao trả thêm hay không. Muốn được bao trả thêm, thì quý vị phải ghi danh vào chương trình Thuốc Theo Toa Medicare.

Nếu quý vị cần người điền giùm đơn xin, nên gọi cho Sơ An Sinh Xã Hội theo số **1-800-772-1213** (gọi số TTY, **1-800-325-0778**). Quý vị có thể tìm hiểu thêm thông tin tại www.socialsecurity.gov.

Quý vị cũng có thể được tiểu bang bao trả cho các phí tổn Medicare khác theo Chương Trình Tiết Kiệm Medicare (Medicare Savings Program). Khi điền mẫu này, tức là quý vị khởi sự tiến trình nộp đơn xin Chương Trình Tiết Kiệm Medicare. Chúng tôi sẽ gửi thông tin cho tiểu bang của quý vị để họ liên lạc và giúp quý vị nộp đơn xin Chương Trình Tiết Kiệm Medicare, trừ khi quý vị cho chúng tôi biết đừng làm điều đó bằng cách trả lời câu hỏi 15 trong mẫu này.

Nếu quý vị cần biết thêm thông tin về Chương Trình Tiết Kiệm Medicare, chương trình Thuốc Theo Toa Medicare hoặc cách ghi danh vào chương trình, nên gọi số **1-800-MEDICARE** (gọi số TTY, **1-877-486-2048**) hoặc viếng thăm www.medicare.gov. Quý vị cũng có thể hỏi xin thông tin về cách liên lạc với Chương Trình Trợ Giúp Bảo Hiểm Sức Khỏe Tiểu Bang (State Health Insurance Assistance Program, hay SHIP). SHIP sẽ trả lời các thắc mắc của quý vị về Medicare.

Nên gửi đơn xin của quý vị ngay hôm nay.

Michael J. Astrue
Ủy Viên

Hướng Dẫn Tổng Quát về Cách Điền Đơn Xin Bao Trả Thêm Phí Tổng Chương Trình Thuốc Theo Toa Medicare



Nếu quý vị đang giúp người khác điền đơn xin này _____

Trả lời các câu hỏi như thể người đó đang điền đơn xin. Quý vị phải biết số an sinh xã hội và thông tin tài chính của người đó. Hơn nữa, cũng phải điền vào Đoạn B trong trang 6.

Quý vị có Medicare và Tiền Phụ Cấp An Sinh (Supplemental Security Income, hay SSI) hoặc Medicare và Medicaid hay không?

Nếu trả lời CÓ (YES), thì đừng điền đơn xin này vì quý vị tự động được bao trả thêm.

Chương trình Medicaid của tiểu bang có bao trả bảo phí Medicare của quý vị vì quý vị là hội viên Chương Trình Tiết Kiệm Medicare hay không?




Nếu trả lời CÓ, nên liên lạc với văn phòng Medicaid của tiểu bang để biết thêm thông tin. Quý vị có thể tự động được bao trả thêm và không cần phải điền đơn xin này.

Cách Điền Đơn Xin Này _____

- Chỉ dùng **MỰC ĐEN**;
- **Điền các chữ số, chữ cái và dấu X bên trong ô; chỉ viết chữ in**;
- Đừng ghi thêm bất cứ ý kiến viết tay nào trong đơn xin;
- Đừng dùng ký hiệu Mỹ kim (đô la) khi nhập số tiền; và
- Số tiền xu (cent) có thể được làm tròn đến số nguyên Mỹ kim gần nhất.

Thí dụ

Đánh dấu X vào ô. **ĐỪNG** điền hoặc đánh dấu kiểm (V) vào ô.

 ĐÚNG	  SAI
--	---

Thí dụ

Viết chữ in khi nhập câu trả lời

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

Điền Đơn Xin _____

Quý vị có thể điền đơn xin trực tuyến tại www.socialsecurity.gov hoặc dùng bao thư đã đề địa chỉ và dán tem dính kèm để nộp lại đơn xin đã điền đầy đủ và ký tên đến:

Social Security Administration (Sở An Sinh Xã Hội)
Wilkes-Barre Data Operations Center (Trung Tâm Dữ Liệu Wilkes-Barre)
P.O. Box 1020
Wilkes-Barre, PA 18767-9910

Nộp lại tập đơn xin này trong bao thư dính kèm. Đừng kèm theo bất cứ thứ nào khác trong bao thư này. Nếu cần thêm thông tin thì chúng tôi sẽ liên lạc với quý vị.

LƯU Ý: Quý vị phải cư trú tại một trong 50 tiểu bang hoặc Quận Columbia mới được nộp đơn xin.

Nếu quý vị có thắc mắc hoặc cần người điền giùm đơn xin này _____

Quý vị có thể gọi cho chúng tôi theo số miễn phí **1-800-772-1213**, hoặc nếu bị điếc hay khó nghe, quý vị có thể gọi số TTY của chúng tôi, **1-800-325-0778**.



Đơn Xin Bảo Trả Thêm Phí Tồn Chương Trình Thuốc Theo Toa Medicare

ĐÂY LÀ ĐƠN XIN BẢO TRẢ THÊM VÀ KHÔNG GHI DANH QUÝ VỊ VÀO CHƯƠNG TRÌNH THUỐC THEO TOA MEDICARE.

1. Họ tên người nộp đơn xin: Viết họ tên (bằng chữ in) như trong thẻ An Sinh Xã Hội của quý vị. Dùng một ô cho mỗi chữ cái.

TÊN

CHỮ LỚT

HỌ

VẪN ĐUÔI (Jr., Sr., v.v...)

SỐ AN SINH XÃ HỘI CỦA NGƯỜI NỘP ĐƠN XIN

NGÀY SANH CỦA NGƯỜI NỘP ĐƠN XIN
(THÁNG-NGÀY-NĂM)

2. Nếu quý vị lập gia đình và đang sống chung với người hôn phối, xin cho biết các thông tin sau đây như trong thẻ An Sinh Xã Hội của người hôn phối. Nếu quý vị đang chưa lập gia đình, không sống chung với người hôn phối hoặc góa chồng/vợ, thì nhảy đến câu hỏi 3 và không khai báo mọi thông tin về người hôn phối của mình trong đơn xin này.

TÊN

CHỮ LỚT

HỌ

VẪN ĐUÔI (Jr., Sr., v.v...)

SỐ AN SINH XÃ HỘI CỦA NGƯỜI HÔN PHỐI

NGÀY SANH CỦA NGƯỜI HÔN PHỐI
(THÁNG-NGÀY-NĂM)

Nếu người hôn phối của quý vị có Medicare, họ cũng muốn nộp đơn xin bảo trả thêm hay không? CÓ KHÔNG

3. Nếu lập gia đình và đang sống chung với người hôn phối, quý vị có khoản tiết kiệm, đầu tư hoặc bất động sản nào trị giá hơn \$25,260 hay không? Nếu chưa lập gia đình hoặc không sống chung với người hôn phối, quý vị có khoản tiết kiệm, đầu tư hoặc bất động sản nào trị giá hơn \$12,640 hay không? **ĐỪNG tính đến gia cư quý vị đang ở, xe cộ, tài sản cá nhân, mộ địa, hợp đồng ma chay không thể hủy bỏ hoặc tiền hoàn trả từ tiền An Sinh Xã Hội hay SSI.**

CÓ Nếu đánh dấu vào ô **CÓ**, thì quý vị không đủ tiêu chuẩn được bảo trả thêm. Nhưng tiểu bang có thể bảo trả phí tồn Medicare của quý vị qua Chương Trình Tiết Kiệm Medicare của họ. Để khởi sự tiến trình nộp đơn xin Chương Trình Tiết Kiệm Medicare, thì nhảy đến trang 6, ký tên vào đơn xin này rồi nộp lại cho chúng tôi. Nếu quý vị không cần Chương Trình Tiết Kiệm Medicare, thì nhảy đến câu hỏi 15 trong trang 5.

KHÔNG hoặc KHÔNG BIẾT CHẮC Nếu quý vị đánh dấu vào ô **KHÔNG hoặc KHÔNG BIẾT CHẮC**, thì điền vào phần còn lại của đơn xin này rồi nộp lại cho chúng tôi.



Nếu quý vị đánh dấu vào ô KHÔNG hoặc KHÔNG BIẾT CHẮC trong câu hỏi 3, thì trả lời tất cả các câu hỏi sau đây. Nếu lập gia đình và đang sống chung với người hôn phối, quý vị phải trả lời tất cả các câu hỏi cho cả hai vợ chồng.

4. Nhập vào dưới đây số tiền của tất cả các trương mục ngân hàng, khoản đầu tư hay tiền mặt thuộc sở hữu của quý vị, người hôn phối - nếu lập gia đình và đang sống chung, hoặc cả hai vợ chồng. Cũng tính cả các khoản mục quý vị sở hữu chung với người khác. Chỉ kê khai số Mỹ kim chứ không cần số trương mục. Nếu quý vị hay người hôn phối không sở hữu bất cứ khoản mục nào liệt kê, riêng biệt hoặc chung với người khác, thì đánh dấu vào ô **KHÔNG CÓ**. **ĐỪNG** tính cả khoản tiền hoàn trả từ tiền An Sinh Xã Hội hay SSI nhận được trong 10 tháng vừa qua.

• Tổng cộng gộp lại của tất cả các trương mục ngân hàng (chi phiếu, tiết kiệm và chứng chỉ ký thác)	<input type="checkbox"/> KHÔNG CÓ	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
• Tổng cộng gộp lại của tất cả các cổ phiếu/ chứng khoán, công khố phiếu, trái phiếu tiết kiệm, quỹ hỗ tương, Trương Mục Hưu Trí Cá Nhân (IRA) hoặc khoản đầu tư tương tự khác	<input type="checkbox"/> KHÔNG CÓ	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
• Mọi khoản tiền mặt nào khác để ở nhà hoặc nơi khác	<input type="checkbox"/> KHÔNG CÓ	\$ <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. Có khoản tiền nào từ các nguồn liệt kê trong câu hỏi 4 sẽ được dùng để trang trải chi phí ma chay và chôn cất hay không?

Nếu trả lời **CÓ**, thì nhảy đến câu hỏi 6.

Nếu trả lời **KHÔNG**, thì đánh dấu vào ô **KHÔNG**, rồi chuyển đến câu hỏi 6.

QUÝ VỊ: **KHÔNG**

NGƯỜI HÔN PHỐI: **KHÔNG**

6. Ngoài gia cư của quý vị và bất động sản nơi gia cư đó tọa lạc, quý vị hay người hôn phối - nếu lập gia đình và đang sống chung, có sở hữu bất cứ bất động sản nào không? Thí dụ về các bất động sản khác gồm nhà nghỉ mát mùa hè, bất động sản cho thuê và khu đất chưa xây cất thuộc sở hữu của quý vị riêng biệt với gia cư của mình.

CÓ

KHÔNG

7. Không tính đến người hôn phối nếu quý vị lập gia đình, có bao nhiêu thân nhân khác sống trong gia hộ của quý vị và được ít nhất phân nửa khoản tiền nuôi dưỡng từ quý vị hay người hôn phối này? Chúng tôi coi thân nhân là người có quan hệ huyết thống, hôn nhân hoặc nhận nuôi với quý vị.

Chỉ đánh dấu vào một ô. **Đừng tính cả quý vị hay người hôn phối của mình vào số quý vị nhập vào.** Nếu gia hộ chỉ gồm có quý vị hoặc quý vị và người hôn phối, thì đánh dấu vào ô **KHÔNG CÓ**.

KHÔNG CÓ **1** **2** **3** **4** **5** **6** **7** **8** **từ 9 người trở lên**



ĐỪNG ĐIỀN VÀO. ĐÂY KHÔNG LÀ ĐƠN XIN.

8. Nếu quý vị hay người hôn phối - nếu lập gia đình và đang sống chung, được lợi tức từ bất cứ nguồn nào liệt kê bên dưới, thì quý vị phải trả lời các câu hỏi cho cả hai vợ chồng. Xin nhập tổng số tiền quý vị nhận được mỗi tháng. **Nếu khoản tiền này thay đổi từng tháng hoặc quý vị không nhận được mỗi tháng, thì nhập mức lợi tức bình quân hàng tháng trong năm vừa qua cho mỗi loại** vào ô thích hợp. Đừng liệt kê lương bổng và lợi tức tự làm việc, tiền lãi, trợ giúp công cộng, bồi hoàn y tế hoặc tiền trả cấp dưỡng nhận nuôi nơi đây. Nếu quý vị hay người hôn phối không được lợi tức từ nguồn nào liệt kê bên dưới, thì đánh dấu vào ô **KHÔNG CÓ** cho nguồn đó.

		Quyền lợi hàng tháng
• Quyền lợi An Sinh Xã Hội trước khi khấu trừ	<input type="checkbox"/> KHÔNG CÓ	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
• Quyền lợi Hưu Trí Hỏa Xa trước khi khấu trừ	<input type="checkbox"/> KHÔNG CÓ	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
• Quyền lợi Cựu Chiến Binh trước khi khấu trừ	<input type="checkbox"/> KHÔNG CÓ	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
• Hưu bổng hoặc niên kim khác trước khi khấu trừ. Đừng tính cả khoản tiền nhận được từ bất cứ khoản mục nào quý vị kê khai trong câu hỏi 4.	<input type="checkbox"/> KHÔNG CÓ	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
• Lợi tức nào khác chưa liệt kê bên trên, bao gồm tiền cấp dưỡng, lợi tức cho thuê thực sự, bồi thường tai nạn lao động, trợ cấp tàn tật tư nhân hay tiểu bang, v.v... (Ghi rõ): _____	<input type="checkbox"/> KHÔNG CÓ	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>

9. Có bất cứ khoản tiền nào quý vị kê khai trong câu hỏi 8 đã giảm trong hai năm vừa qua không?

CÓ **KHÔNG**

Nếu đi làm trong hai năm vừa qua, thì quý vị cần phải trả lời các câu hỏi từ 10-14. Nếu quý vị lập gia đình và đang sống chung với người hôn phối và một trong hai vợ chồng đi làm trong hai năm vừa qua, quý vị cũng cần phải trả lời các câu hỏi từ 10-14. Nếu không thì nhảy đến câu hỏi 15.

10. Quý vị dự kiến kiếm được khoản lương bổng bao nhiêu trước khi trả thuế và khấu trừ trong niên lịch này?

QUÝ VỊ: **KHÔNG CÓ** \$, .

NGƯỜI HÔN PHỐI: **KHÔNG CÓ** \$, .



11. Quý vị dự kiến kiếm được khoản lợi tức thực sự từ tự làm việc bao nhiêu trong niên lịch này?
Đánh dấu và ô **KHÔNG CÓ** nếu quý vị không có tự làm việc và chuyển đến câu hỏi 12.

QUÝ VỊ: **KHÔNG CÓ** \$, .

NGƯỜI HÔN PHỐI: **KHÔNG CÓ** \$, .

Đánh dấu vào (các) ô nếu quý vị hay người hôn phối dự kiến khoản thua lỗ thực sự.



QUÝ VỊ: NGƯỜI HÔN PHỐI:

12. Có khoản tiền nào quý vị kê khai trong câu hỏi 10 hoặc 11 đã giảm trong hai năm vừa qua không?

CÓ **KHÔNG**

13. Nếu quý vị hay người hôn phối, đã nghỉ làm việc trong năm 2010 hay 2011, hoặc dự định nghỉ làm việc trong năm 2011 hay 2012, thì ghi vào tháng và năm.

Thí dụ

Đối với từ tháng Giêng - tháng Chín, thì ghi số 0 vào ô đầu tiên. Tháng Năm, 2010 nên ghi là:

0	5	2	0	1	0
Tháng		Năm			

QUÝ VỊ: 2

Tháng Năm

NGƯỜI HÔN PHỐI: 2

Tháng Năm

Nếu quý vị dưới 65 tuổi, thì trả lời câu hỏi 14. Nếu quý vị lập gia đình và đang sống chung với người hôn phối và một trong hai vợ chồng dưới 65 tuổi, thì tiếp tục trả lời câu hỏi 14. Nếu không thì nhảy đến câu hỏi 15.

14. Quý vị hay người hôn phối có phải chi trả cho thứ nào mới có thể đi làm không? Chúng tôi chỉ chiết tính một phần trong lợi tức của quý vị là hạn mức lợi tức nếu quý vị đi làm và được quyền lợi An Sinh Xã Hội dựa trên tình trạng tàn tật hay mù lòa và phải chi trả những phí tổn liên quan đến việc làm cho những thứ không được bồi hoàn. Thí dụ về những phí tổn này gồm có: phí tổn chữa trị y tế và thuốc men để trị bệnh liệt kháng (AIDS), bệnh ung thư, buồn nản hoặc động kinh; xe lăn; dịch vụ người phục vụ cá nhân; sửa đổi xe cộ, cần có tài xế hoặc nhu cầu chuyên chở đặc biệt khác liên quan đến việc làm; kỹ thuật hỗ trợ liên quan đến việc làm; phí tổn chó dẫn đường; dụng cụ hỗ trợ giác quan và thị giác; và bản dịch chữ Braille (chữ nổi cho người mù).

QUÝ VỊ: **CÓ** **KHÔNG** NGƯỜI HÔN PHỐI: **CÓ** **KHÔNG**

15. **Thông Tin về Chương Trình Tiết Kiệm Medicare:** Quý vị có thể được tiểu bang bao trả cho các phí tổn Medicare của mình theo Chương Trình Tiết Kiệm Medicare. Để khởi sự tiến trình nộp đơn xin Chương Trình Tiết Kiệm Medicare, Sở An Sinh Xã Hội sẽ gửi thông tin từ mẫu này cho tiểu bang của quý vị, trừ khi quý vị báo cho chúng tôi biết đừng làm điều đó. **Nếu quý vị muốn được bao trả từ Chương Trình Tiết Kiệm Medicare, thì đừng trả lời câu hỏi này. Chỉ cần ký tên và để ngày vào đơn xin và tiểu bang sẽ liên lạc với quý vị.**

Nếu quý vị **không** cần nộp đơn xin Chương Trình Tiết Kiệm Medicare, thì đánh dấu vào ô bên dưới.

Không, đừng gửi thông tin cho tiểu bang.



Chữ ký THÔNG TIN QUAN TRỌNG - XIN ĐỌC KỸ

Tôi/Chúng tôi hiểu là Sở An Sinh Xã Hội (Social Security Administration, hay SSA) sẽ kiểm tra bản kê khai của tôi/chúng tôi và đối chiếu hồ sơ này với hồ sơ từ các cơ quan chính quyền liên bang, tiểu bang, và địa phương, kể cả Sở Thuế Vụ (Internal Revenue Service, hay IRS) để cứu xét bao trả đúng đắn.

Khi nộp đơn xin này, tôi/chúng tôi đồng ý cho SSA thu thập và tiết lộ thông tin liên quan đến lợi tức, tài nguyên, và tài sản - tại hải ngoại và quốc nội của tôi/chúng tôi, phù hợp với điều luật riêng tư cá nhân hiện dụng. Thông tin này có thể bao gồm, nhưng không giới hạn như thông tin về mức lương bổng, số tiền còn lại trong trương mục, khoản đầu tư, quyền lợi, và hưu bổng của tôi/chúng tôi.

Trừ khi trả lời “Không” cho Câu hỏi 15, tôi/chúng tôi đồng ý cho SSA tiết lộ với tiểu bang thông tin tài chánh liệt kê bên trên và thông tin làm lộ danh tánh khác từ hồ sơ của tôi/chúng tôi, như họ tên, ngày sanh, phái tính và số an sinh xã hội để khởi sự tiến trình nộp đơn xin Chương Trình Tiết Kiệm Medicare.

Tôi/Chúng tôi tuyên thệ chịu hình phạt bội thệ rằng tôi/chúng tôi đã xem xét toàn bộ thông tin trong mẫu này và thông tin đó đúng đắn và chính xác theo tất cả hiểu biết của tôi/chúng tôi.

Xin điền vào Đoạn A. Nếu quý vị không thể ký tên, thì đại diện có thể ký tên cho quý vị. Nếu có người trợ giúp quý vị, cũng xin điền vào Đoạn B.

Đoạn A

Chữ ký của quý vị:	Ngày:	Số điện thoại: () —
Chữ ký của người hôn phối:	Ngày:	
Địa chỉ thư tín của quý vị:		Số căn hộ: #:
Thành phố:	Tiểu bang:	Bưu chánh:

Nếu quý vị thay đổi địa chỉ thư tín của mình trong vòng ba tháng vừa qua, thì đánh dấu nơi đây:

Nếu quý vị thích chúng tôi liên lạc với người khác khi chúng tôi có câu hỏi bổ túc, xin cho biết họ tên và số điện thoại ban ngày của người đó.

Tên (viết chữ in):	Họ (viết chữ in):	Số điện thoại: () —
--------------------	-------------------	---------------------------------

Đoạn B

Nếu có người trợ giúp quý vị, thì đánh dấu vào ô mô tả người đó và điền thông tin đòi hỏi còn lại bên dưới.

<input type="checkbox"/> Người Trong Gia Đình	<input type="checkbox"/> Luật Sư	<input type="checkbox"/> Biện Hộ khác	<input type="checkbox"/> Dạng khác (xin ghi rõ): _____
<input type="checkbox"/> Bạn Bè	<input type="checkbox"/> Cơ Quan	<input type="checkbox"/> Nhân Viên Xã Hội	_____

Tên (viết chữ in):	Họ (viết chữ in):	Số Điện Thoại: () —
Địa Chỉ:		Số căn hộ: #:
Thành Phố:	Tiểu Bang:	Bưu Chánh:



Luật Riêng Tư Cá Nhân / Thông Báo về Giảm Công Việc Giấy Tờ

Đoạn 1860 D-14 của *Luật An Sinh Xã Hội (Social Security Act)* cho phép thu thập thông tin đòi hỏi trong mẫu này. Thông tin quý vị cung cấp sẽ được Sở An Sinh Xã Hội (SSA) dùng để cứu xét xem quý vị có đủ tiêu chuẩn được bao trả thêm phần phí tổn của quý vị trong chương trình Thuốc Theo Toa Medicare hay không. Quý vị không bắt buộc phải cung cấp thông tin đòi hỏi cho chúng tôi. Tuy nhiên, nếu quý vị không cung cấp thông tin đó, thì chúng tôi không thể cứu xét chính xác và đúng hạn đơn xin của quý vị. Chúng tôi sẽ cung cấp thông tin thu thập trong mẫu này cho cơ quan chánh quyền khác của liên bang, tiểu bang, hay địa phương để giúp chúng tôi cứu xét xem quý vị có đủ tiêu chuẩn được bao trả thêm lần đầu hoặc tiếp tục hay không hoặc luật pháp liên bang đòi hỏi phải tiết lộ thông tin. Chúng tôi cũng có thể cần phải chia sẻ thông tin này với các chương trình SSA khác nếu SSA cần phải cứu xét xem quý vị có đủ tiêu chuẩn được những chương trình đó hay không.

Chúng tôi cũng dùng thông tin quý vị cung cấp khi so nghiệm hồ sơ trên máy điện toán. Chương trình so nghiệm sẽ đối chiếu hồ sơ của chúng tôi với hồ sơ của các cơ quan chánh quyền khác của liên bang, tiểu bang, hay địa phương. Nhiều cơ quan sử dụng chương trình so nghiệm để tìm hoặc chứng minh người đủ tiêu chuẩn được quyền lợi từ chánh quyền liên bang. Luật pháp cho phép chúng tôi thực hiện điều này ngay cả khi quý vị không đồng ý. Tài liệu giải thích về những lý do này và nào khác tại sao thông tin quý vị cung cấp cho chúng tôi có thể được sử dụng hay tiết lộ có sẵn tại văn phòng An Sinh Xã Hội. Nếu quý vị muốn biết thêm về điều này, xin liên lạc với bất cứ văn phòng An Sinh Xã Hội nào.

Điều Khoản của Luật Giảm Công Việc Giấy Tờ - Thể thức thu thập thông tin này đáp ứng đòi hỏi của 44 U.S.C. § 3507, như đã sửa đổi theo Đoạn 2 trong *Luật Giảm Công Việc Giấy Tờ năm 1995 (Paperwork Reduction Act of 1995)*. Quý vị không cần phải trả lời các câu hỏi này, trừ khi chúng tôi xuất trình số kiểm soát hợp lệ của Phòng Quản Trị và Ngân Sách (Office of Management and Budget). Chúng tôi ước tính quý vị sẽ mất khoảng 30 phút để đọc hướng dẫn, thu thập thông tin, và trả lời các câu hỏi. Quý vị có thể gợi ý kiến về thời gian ước tính của chúng tôi bên trên đến: SSA, 6401 Security Blvd., Baltimore, MD 21235-6401. **Chỉ gợi ý kiến liên quan đến thời gian ước tính của chúng tôi đến địa chỉ này, chứ không phải mẫu đã điền đầy đủ.**

GỬI MẪU ĐÃ ĐIỀN ĐẦY ĐỦ CHO CHÚNG TÔI THEO ĐỊA CHỈ GHI TRÊN BAO THƯ ĐÃ ĐỀ ĐỊA CHỈ VÀ TRẢ BƯỞ PHÍ ĐÍNH KÈM:

**Social Security Administration (Sở An Sinh Xã Hội)
Wilkes-Barre Data Operations Center (Trung Tâm Xử Trí Dữ Liệu Wilkes-Barre)
P.O. Box 1020
Wilkes-Barre, PA 18767-9910**