

# Διοίκηση Κοινωνικής Ασφάλισης (Social Security Administration) Σημαντικές πληροφορίες



**Η ΠΑΡΟΥΣΑ ΣΥΝΟΔΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΣΤΟΛΗ ΕΧΕΙ ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΚΑΙ ΜΟΝΟ ΣΚΟΠΟ. ΜΗΝ ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΕ ΤΙΣ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΣΕΛΙΔΕΣ. ΔΕΝ ΑΠΟΤΕΛΕΙ ΑΙΤΗΣΗ.**

**Ίσως να πληρείτε τις προϋποθέσεις για να λάβετε τις πληρωμές της Πρόσθετης Βοήθειας για την χορήγηση των φαρμάκων σας.**

Το πρόγραμμα συνταγών χορήγησης φαρμάκων Medicare σας δίνει την δυνατότητα επιλογής προγραμμάτων χορήγησης τα οποία προσφέρουν διάφορους τύπους κάλυψης. Επιπροσθέτως, ίσως να μπορείτε να λάβετε Πρόσθετη Βοήθεια για να πληρώσετε τις μηνιαίες εισφορές, την ετήσια εισφορά η οποία εκπίπτει από το φορολογητέο εισόδημα και την συμμετοχή στην πληρωμή της χορήγησης φαρμάκων μέσω του προγράμματος Medicare.

Αλλά, προτού να μπορέσουμε να σας βοηθήσουμε, **οφείλετε να συμπληρώσετε το έντυπο της αίτησης, να το συνοδεύσετε με τον εσώκλειστο φάκελο και να το ταχυδρομήσετε σήμερα.** Η μπορείτε να συμπληρώσετε την αίτηση στον ιστότοπό μας, στο διαδίκτυο, στην διεύθυνση : **www.socialsecurity.gov**. Θα μελετήσουμε την αίτησή σας και θα σας στείλουμε μία επιστολή για να σας πληροφορήσουμε εάν πληρείτε τους όρους για να έχετε δικαίωμα στην Πρόσθετη Βοήθεια. Για να κάνετε χρήση της Πρόσθετης Βοήθειας, οφείλετε να εγγραφείτε σε ένα πρόγραμμα χορήγησης φαρμάκων στα πλαίσια του Medicare.

Εάν χρειάζεσθε βοήθεια για την συμπλήρωση της αίτησης, καλέστε τις υπηρεσίες της Κοινωνικής Ασφάλισης στους αριθμούς : **1-800-772-1213** (αριθμός για άτομα με μειονέκτημα ακοής/TTY **1-800-325-0778**). Μπορείτε να βρείτε περισσότερες πληροφορίες στον ιστότοπο **www.socialsecurity.gov**.

**Μπορείτε, επίσης, να λάβετε βοήθεια από την Πολιτεία σας για άλλες δαπάνες στα πλαίσια του Medicare, μέσω των Προγραμμάτων Αποταμίευσης "Medicare Savings Programs".** Συμπληρώνοντας αυτό το έντυπο, θα αρχίσετε την διαδικασία της υποβολής αίτησης για ένα Πρόγραμμα Αποταμίευσης Medicare. Θα στείλουμε πληροφορίες στις υπηρεσίες της Πολιτείας σας οι οποίες θα επικοινωνήσουν μαζί σας για να σας βοηθήσουν να υποβάλετε αίτηση για ένα Πρόγραμμα Αποταμίευσης Medicare, εκτός κι αν μας ζητήσετε να μην προβούμε σ' αυτήν την ενέργεια απαντώντας στην ερώτηση 15 σε τούτο το έντυπο.

Εάν χρειάζεστε πληροφορίες για τα Προγράμματα Αποταμίευσης Medicare, για τα προγράμματα χορήγησης Medicare ή για το πώς να εγγραφείτε σε ένα πρόγραμμα, καλέσατε τους αριθμούς **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, αριθμός γραμμής για άτομα με μειονέκτημα ακοής/TTY **1-877-486-2048** ή επισκεφθείτε τον ιστότοπο: **www.medicare.gov**. Μπορείτε επίσης να ζητήσετε πληροφορίες για τον τρόπο επαφής με το Πρόγραμμα Συμβουλών και Βοήθειας σε θέματα Ασφάλειας Υγείας της Πολιτείας σας (SHIP). Οι υπηρεσίες αυτού του Προγράμματος προσφέρουν βοήθεια για τις ερωτήσεις σας επί του προγράμματος Medicare.

Παρακαλείσθε να ταχυδρομήσετε την αίτησή σας σήμερα.

*Social Security Administration*



## Τι χρειάζεστε για να συμπληρώσετε την αίτηση για πρόσθετη βοήθεια για τα έξοδα χορήγησης φαρμάκων με το πρόγραμμα Medicare.

### Εάν βοηθάτε κάποιο άλλο άτομο με αυτήν την αίτηση

Απαντήστε στις ερωτήσεις σαν να συμπλήρωνε την αίτηση αυτό το άτομο. Πρέπει να γνωρίζετε τον αριθμό μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης αυτού του ατόμου καθώς και την οικονομική του κατάσταση. Επίσης, συμπληρώστε την Ενότητα Β, στη σελίδα 6.

### Είστε εγγεγραμμένος στα προγράμματα Medicare και Εισοδήματος Συμπληρωματικής Ασφάλισης (Supplemental Security Income) ή στα προγράμματα Medicare και Medicaid;

Εάν η απάντηση είναι **ΝΑΙ**, μην συμπληρώσετε αυτή την αίτηση γιατί θα λάβετε αυτομάτως την Πρόσθετη Βοήθεια.

### Το πρόγραμμα Medicaid της Πολιτείας σας πληρώνει τις εισφορές σας για το Πρόγραμμα Αποταμίευσης Medicare;

Εάν η απάντηση είναι **ΝΑΙ**, επικοινωνήστε με το γραφείο Medicaid της Πολιτείας σας για περισσότερες πληροφορίες. Θα μπορούσατε να λάβετε την Πρόσθετη Βοήθεια αυτομάτως και ίσως να ην χρειάζεται να συμπληρώσετε αυτή την αίτηση.

### Πώς να συμπληρώσετε αυτή την Αίτηση

- Χρησιμοποιείτε μόνο **ΜΑΥΡΟ ΜΕΛΑΝΙ**.
- **Εγγράψτε τους αριθμούς σας, τα γράμματά σας και τα ☒ σας μέσα στα τετραγωνάκια που πρέπει να συμπληρώσετε χωρίς να ξεφύγετε από τα όριά τους.** Χρησιμοποιήστε μόνο **ΚΕΦΑΛΑΙΑ** γράμματα.
- Μην προσθέσετε χειρόγραφα σχόλια στην αίτηση.
- Μην χρησιμοποιήσετε το σύμβολο του δολαρίου για την εγγραφή χρηματικών ποσών και
- Ο αριθμός των σεντς μπορεί να στρογγυλευτεί προς τον πλησιέστερο ακέραιο αριθμό δολαρίων.

**★ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ**

Εγγραφή ενός ☒ μέσα στο τετραγωνάκι **ΜΗΝ** συμπληρώνετε τα τετραγωνάκια με σημάδια ελέγχου.

 <b>ΟΡΘΟ</b>	 <b>ΛΑΘΟΣ</b>
-----------------	------------------

**★ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ**

Χρησιμοποιήστε **κεφαλαία γράμματα** κατά την εγγραφή των απαντήσεων

A	B	Γ	Δ
---	---	---	---

### Η συμπλήρωση της Αίτησής σας

Μπορείτε να συμπληρώσετε την αίτηση στο διαδίκτυο (online) στην ακόλουθη διεύθυνση: [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov) ή να χρησιμοποιήσετε τον εσωκλειστο φάκελο, στον οποίο έχει ήδη καταγραφεί η ταχυδρομική σας διεύθυνση και επικολληθεί το αναγκαίο γραμματόσημο, για να επιστρέψετε την πλήρως συμπληρωμένη και υπογεγραμμένη σας αίτηση στην διεύθυνση:

**Social Security Administration (Διοίκηση της Κοινωνικής Ασφάλισης)**  
**Wilkes-Barre Direct Operations Center**  
**P.O. Box 1020**  
**Wilkes-Barre, PA 18767-9910**

Επιστρέψτε αυτό το σύνολο-αίτηση στον εσωκλειστο φάκελο. Μην περικλείσετε τίποτε άλλο μέσα στον φάκελο. Εάν χρειασθούμε περαιτέρω πληροφορίες, θα επικοινωνήσουμε μαζί σας

**ΣΗΜΕΙΩΣΗ:** Για να υποβάλετε αίτηση, πρέπει να είστε κάτοικος σε μία από τις 50 πολιτείες ή της περιφέρειας της Κολομπία.

### Εάν έχετε ερωτήσεις ή εάν χρειάζεστε βοήθεια για την συμπλήρωση αυτής της αίτησης

Μπορείτε να μας καλέσετε χωρίς χρέωση στο **1-800-772-1213** ή, εάν έχετε μειονέκτημα ακοής, μπορείτε να καλέσετε τον ειδικό μας αριθμό (TTY) **1-800-325-0778**.



## Αίτηση για να λάβετε Πρόσθετη Βοήθεια για τα έξοδα χορήγησης φαρμάκων με το πρόγραμμα Medicare

**ΑΥΤΗ ΕΙΝΑΙ Ή ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΠΡΟΣΘΕΤΗ ΒΟΗΘΕΙΑ ΚΑΙ ΔΕΝ ΣΑΣ ΕΝΤΑΣΣΕΙ ΣΕ ΕΝΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ MEDICARE.**

1. Όνομα αιτούντος (του ατόμου που υποβάλλει την αίτηση) Γράψτε το όνομα όπως ακριβώς φαίνεται στην κάρτα εγγραφής σας στο σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης. Χρησιμοποιήστε ένα τετραγωνάκι για κάθε γράμμα.

ΜΙΚΡΟ

ΟΝΟΜΑ

ΕΠΩΝΥΜΟ

ΠΡΟΣΦΥΜΑ (Ο νεώτερος, ο πρεσβύτερος κλπ.)

ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΤΟΥ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ ΤΟΥ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ (ΜΜ-ΗΗ-ΕΕΕΕ)

2. Εάν είστε έγγαμος και ζείτε μαζί με την (ή τον) σύζυγό σας, παρακαλούμε να δώσετε τις ακόλουθες πληροφορίες όπως αναγράφονται στην κάρτα Κοινωνικής Ασφάλισης της (ή του) συζύγου σας. Εάν δεν είστε έγγαμος αυτή την περίοδο, δεν ζείτε μαζί με την (ή τον) σύζυγό σας ή είστε χήρα (ή χήρος), μεταβείτε στην ερώτηση 3 και μην περιλάβετε καμία πληροφορία ως προς την (ή τον) σύζυγό σας σε αυτή την αίτηση.

ΜΙΚΡΟ

ΟΝΟΜΑ

ΕΠΩΝΥΜΟ

ΠΡΟΣΦΥΜΑ (Ο νεώτερος, ο πρεσβύτερος κλπ.)

ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΤΗΣ ΣΥΖΥΓΟΥ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ ΤΗΣ ΣΥΖΥΓΟΥ (ΜΜ-ΗΗ-ΕΕΕΕ)

Εάν η (ή ο) σύζυγός σας έχει Medicare, επιθυμεί να υποβάλει αίτηση για την Πρόσθετη Βοήθεια;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

3. Εάν είστε έγγαμος (ή έγγαμη) και ζείτε μαζί με την σύζυγο (ή τον σύζυγο), έχετε στην κατοχή σας αποταμιεύσεις, επενδύσεις ή ακίνητη περιουσία αξίας άνω των 33950 δολαρίων; Εάν δεν είστε έγγαμος (ή έγγαμη) ή δεν ζείτε μαζί με την (ή τον) σύζυγο, η αξία αυτή υπερβαίνει τα 17010 δολάρια; ΜΗΝ ΥΠΟΛΟΓΙΣΕΤΕ την κατοικία σας, τα αυτοκίνητα, τα προσωπικά σας είδη, τα αμετάκλητα συμβόλαια ενταφιασμού ή εξοφλήσεις από την Κοινωνική Ασφάλιση ή τα συμβόλαια ασφαλειών της Κοινωνικής Ασφάλισης.

**ΝΑΙ** Εάν απαντήσετε σημειώνοντας το **ΝΑΙ** με ένα  στο αντίστοιχο τετραγωνάκι, δεν θα δικαιούσθε Πρόσθετη Βοήθεια. Αλλά η Πολιτεία σας ίσως είναι σε θέση να σας βοηθήσει στην πληρωμή των εξόδων σας σχετικών με το πρόγραμμα Medicare μέσω των προγραμμάτων αποταμίευσης Medicare: Για να αρχίσετε την διαδικασία υποβολής αίτησης συμμετοχής στα Προγράμματα Αποταμίευσης, μεταβείτε στη σελίδα 6, υπογράψτε αυτή την αίτηση και επιστρέψτε την σ' εμάς. Εάν δεν ενδιαφέρεστε για τα Προγράμματα Αποταμίευσης Medicare, μεταβείτε στην ερώτηση 15, στη σελίδα 5.

**ΟΧΙ ή ΟΧΙ ΒΕΒΑΙΟΣ** Εάν σημειώσετε ένα  στη θέση του **ΟΧΙ** ή του **ΟΧΙ ΒΕΒΑΙΟΣ**, συμπληρώστε το υπόλοιπο αυτής της αίτησης και επιστρέψτε την σ' εμάς.



Εάν σημειώσατε ένα X στη θέση του ΟΧΙ ή του ΟΧΙ ΒΕΒΑΙΟΣ στην ερώτηση 3, απαντήστε σε όλες τις ακόλουθες ερωτήσεις. Εάν είστε έγγαμος (ή έγγαμη) και ζείτε μαζί με τον (ή την) σύζυγό σας, πρέπει να απαντήσετε, και οι δύο, σε όλες τις ερωτήσεις.

4. Σημειώστε κάτω από την ερώτηση τα ποσά όλων των τραπεζικών λογαριασμών, επενδύσεων ή μετρητών τα οποία κατέχετε, εσείς, η (ο) σύζυγός σας, εάν είστε έγγαμος (η) και ζείτε μαζί, ή και οι δύο από κοινού. Επίσης, συμπεριλάβετε στοιχεία τα οποία, οποιοσδήποτε από τους δύο σας κατέχει από κοινού με κάποιο άλλο άτομο. Σημειώστε μόνο τα ποσά σε δολάρια, όχι τους αριθμούς λογαριασμών. Εάν εσείς ή η (ο) σύζυγός σας δεν κατέχετε κανένα από τα στοιχεία που αναγράφονται, είτε μόνος σας είτε από κοινού με ένα άλλο άτομο, σημειώστε ένα X στη θέση ΟΥΔΕΝ. ΜΗΝ συμπεριλάβετε μία πληρωμή εξόφλησης από την Κοινωνική Ασφάλιση ή από τα συμβόλαια ασφαλειών της Κοινωνικής Ασφάλισης.

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Συνδυασμένο σύνολο όλων των τραπεζικών λογαριασμών (επιταγών, αποταμίευσης και πιστοποιητικά κατέθεσης)</li> </ul>	<input type="checkbox"/> ΟΥΔΕΝ	σε δολάρια <input type="text"/> , <input type="text"/> . <input type="text"/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Συνδυασμένο σύνολο όλων των μετοχών, ομολογιών, ομολογιών αποταμίευσης, συμμετοχών σε αμοιβαία κεφάλαια, λογαριασμών ατομικής συνταξιοδότησης ή άλλων παρομοίων επενδύσεων</li> </ul>	<input type="checkbox"/> ΟΥΔΕΝ	σε δολάρια <input type="text"/> , <input type="text"/> . <input type="text"/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Μετρητά στην οικία σας ή οπουδήποτε αλλού.</li> </ul>	<input type="checkbox"/> ΟΥΔΕΝ	σε δολάρια <input type="text"/> , <input type="text"/> . <input type="text"/>

5. Πρόκειται να διαθέσετε ένα ποσόν από τους χρηματικούς πόρους που αναφέρατε απαντώντας στην ερώτηση 4 για να πληρώσετε έξοδα κηδείας ή χώρου ενταφιασμού;

Εάν ΝΑΙ, μεταβείτε στην ερώτηση 6.

Εάν ΟΧΙ, σημειώστε ένα  στη θέση του ΟΧΙ, ύστερα μεταβείτε στην ερώτηση 6.

ΣΕΙΣ:  ΟΧΙ

ΣΥΖΥΓΟΣ:  ΟΧΙ

6. Εκτός από την κατοικία σας και το ιδιόκτητο οικόπεδο στο οποίο ευρίσκεται, κατέχετε, εσείς ή η (ο) σύζυγός σας, εάν είστε έγγαμος (η) και ζείτε μαζί, κάποιο άλλο οικόπεδο ή ακίνητο; Παραδείγματα άλλων οικοπέδων ή ακινήτων είναι οι θερινές κατοικίες, τα ενοικιαζόμενα ακίνητα ή μη αξιοποιημένα οικόπεδα ιδιοκτησίας σας και χωριστά από την κατοικία σας.

ΝΑΙ

ΟΧΙ

7. Γι' αυτήν την ερώτηση, ένας συγγενής είναι κάποιο άτομο το οποίο έχει μ' εσάς σχέση εξ αίματος, από υιοθεσία ή από γάμο (αλλά χωρίς να συμπεριλαμβάνεται η (ο) σύζυγός σας). Πόσοι συγγενείς ζουν μαζί σας και εξαρτώνται από εσάς ή την (τον) σύζυγό σας για, **τουλάχιστον, το ήμισυ** της χρηματικής τους υποστήριξης;

Παρακαλείσθε να μην συμπεριλάβετε τον εαυτό σας ή την (τον) σύζυγό σας στον αριθμό των ατόμων τον οποίον σημειώνετε. Εάν το νοικοκυριό σας αποτελείται μόνο από εσάς ή από εσάς και την (τον) σύζυγό σας, σημειώστε ένα  στη θέση του ΜΗΔΕΝ. Σημειώστε ένα  μέσα σε ένα μόνο τετραγωνάκι.

ΜΗΔΕΝ   1   2   3   4   5   6   7   8   9 ή περισσότερα



8. Εάν εσείς ή η (ο) σύζυγός σας, στην περίπτωση που είστε είτε έγγαμος και ζείτε μαζί, λαμβάνετε **εισόδημα** από οποιονδήποτε από τους πόρους που αναφέρονται πιο κάτω, πρέπει να απαντήσετε στις ερωτήσεις εκ μέρους και των δύο σας. Παρακαλείσθε να σημειώσετε το συνολικό ποσό το οποίο λαμβάνετε κάθε μήνα. Εάν **το ποσό αλλάζει από τον ένα μήνα στον άλλον ή δεν το λαμβάνετε κάθε μήνα, σημειώστε το μέσο μηνιαίο εισόδημα του προηγούμενου έτους για κάθε τύπο** μέσα στα αντίστοιχα πλαίσια. Μην αναφέρετε μισθούς και εισόδημα αυτοαπασχόλησης, εισόδημα από τόκους, δημόσια επιδόματα, επιστροφές ιατρικών εξόδων ή αμοιβές οικογενείας υποδοχής τέκνων μέσω κοινωνικών οργανισμών. Εάν ούτε εσείς ούτε η (ο) σύζυγός σας λαμβάνετε εισόδημα από μία από τις πηγές εισοδήματος οι οποίες αναφέρονται στον παρακάτω κατάλογο, σημειώστε ένα  μέσα στο τετραγωνάκι **ΟΥΔΕΝ** γι' αυτήν την πηγή εισοδήματος.

		Μηνιαίες πρόσδοδοι
<ul style="list-style-type: none"> <li>Μηνιαίες παροχές από την Κοινωνική Ασφάλιση πριν από τις κρατήσεις</li> </ul>	<input type="checkbox"/> ΟΥΔΕΝ	σε δολάρια <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"> <li>Εισόδημα από το σύστημα συνταξιοδότησης των υπαλλήλων των εταιρειών σιδηροδρόμων πριν από τις κρατήσεις</li> </ul>	<input type="checkbox"/> ΟΥΔΕΝ	σε δολάρια <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"> <li>Εδήματα</li> </ul>	<input type="checkbox"/> ΟΥΔΕΝ	σε δολάρια <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"> <li>Άλλα επιδόματα συντάξεων ή ετήσιες πρόσδοδοι (απολαβές) πριν από τις κρατήσεις. Μην συμπεριλαμβάνετε τα χρήματα τα οποία ελάβατε από οποιοδήποτε στοιχείο αναφέρατε απαντώντας στην ερώτηση 4.</li> </ul>	<input type="checkbox"/> ΟΥΔΕΝ	σε δολάρια <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"> <li>Άλλα εισοδήματα μη αναφερθέντα στον παραπάνω κατάλογο, συμπεριλαμβανομένων των διατροφών διαζυγίου, του καθαρού εισοδήματος από ενοίκια, επιδόματος ανεργίας, επιδομάτων αναπηρίας από ιδιωτικούς ή δημόσιους οργανισμούς κλπ. (αναφέρατε συγκεκριμένα):</li> </ul>	<input type="checkbox"/> ΟΥΔΕΝ	σε δολάρια <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>

9 Έχει κάποιο από τα ποσά που συμπεριλάβατε στην απάντησή σας στην ερώτηση 8 μειωθεί κατά τα τελευταία δύο έτη;

ΝΑΙ  ΟΧΙ

Εάν έχετε εργασθεί κατά τα τελευταία δύο έτη, οφείλετε να απαντήσετε στις ερωτήσεις 10-14. Εάν είστε έγγαμος (ή έγγαμη) και ζείτε μαζί με την (ή τον) σύζυγο και ένας από τους δύο έχει εργασθεί τα δύο τελευταία έτη, οφείλετε να απαντήσετε στις ερωτήσεις 10-14. Αλλιώς, μεταβείτε στην ερώτηση 15.

10 Τι ποσό αναμένετε να εισπράξετε σε μισθούς προ φόρων και κρατήσεων για **το τρέχον έτος;**

ΕΣΕΙΣ:  ΟΥΔΕΝ σε δολάρια   ,    .

ΣΥΖΥΓΟΣ:  ΟΥΔΕΝ σε δολάρια   ,    .



11. Σε ποιο ποσό αναμένετε να φθάσουν τα καθαρά εισοδήματά σας από αυτοαπασχόληση για **το τρέχον έτος**; Σημειώστε ένα  στο τετραγωνάκι **ΟΥΔΕΝ** εάν δεν είστε αυτοαπασχολούμενος (ή αυτοαπασχολούμενη) και μεταβείτε στην ερώτηση 12.

ΕΣΕΙΣ:  **ΟΥΔΕΝ** σε δολάρια   ,    .    
 ΣΥΖΥΓΟΣ:  **ΟΥΔΕΝ** σε δολάρια   ,    .

Σημειώστε ένα  στα πλαίσια (ή τετραγωνάκια) εάν εσείς ή η (ο) σύζυγός σας αναμένετε καθαρές ζημιές. ΕΣΕΙΣ:  ΣΥΖΥΓΟΣ:

12. Τα ποσά τα οποία συμπεριλάβατε στις απαντήσεις σας στις ερωτήσεις 10 - 11 έχουν μειωθεί κατά τα δύο τελευταία έτη;

**ΝΑΙ**  **ΟΧΙ**

13. Εάν εσείς ή η (ο) σύζυγός σας σταματήσατε να εργάζεστε το 2023 ή το 2024 ή σκοπεύετε να σταματήσετε να εργάζεστε το 2024 ή το 2025, σημειώστε τον μήνα και το έτος.

**ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ**

Για τον Ιανουάριο έως τον Σεπτέμβριο, σημειώστε ένα μηδενικό (0) μέσα στο πρώτο τετραγωνάκι. Ο Μάιος 2024 θα πρέπει να γραφεί:

0	5	2	0	2	4
M	M	E	E	E	E

ΕΣΕΙΣ:        
 M M E E E E  
 ΣΥΖΥΓΟΣ:        
 M M E E E E

Εάν είστε νεώτερος από την ηλικία των 65, απαντήστε στην ερώτηση 14. Εάν είστε έγγαμος (ή έγγαμη) και ζείτε μαζί με την (ή τον) σύζυγό σας και ένας από τους δύο είναι νεώτερος των 65, συνεχίστε με την ερώτηση 14. Αλλιώς, μεταβείτε στην ερώτηση 15.

14. Εσείς ή η (ο) σύζυγός σας πρέπει να πληρώνετε για πράγματα που σας επιτρέπουν να εργάζεστε; Θα υπολογίσουμε μόνο ένα μέρος των εισοδημάτων σας έναντι του ορίου εισοδήματος, εάν εργάζεστε και λαμβάνετε επιδόματα από την Κοινωνική Ασφάλιση, βασισμένα σε αναπηρία ή σε μειονέκτημα όρασης και έχετε δαπάνες σχετικές με την εργασία σας για τις οποίες δεν πληρώνεστε πίσω. Παραδείγματα τέτοιων δαπανών είναι: τα έξοδα ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης για AIDS (Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσοποιητικής Ανεπάρκειας), καρκίνο, κατάθλιψη ή επιληψία, μία αναπηρική πολυθρόνα, υπηρεσίες προσωπικής φροντίδας, μετατροπές αυτοκινήτου, υποβοήθηση οδηγού ή άλλες ειδικές ανάγκες μετακινήσεων σχετικές με την εργασία, τεχνολογία υποβοήθησης σχετική με την εργασία, δαπάνες σκύλου-οδηγού, βοηθήματα αισθήσεων και όρασης και μεταφράσεις στη γραφή των τυφλών ή γραφή Μπράιγ.

ΕΣΕΙΣ:  **ΝΑΙ**  **ΟΧΙ** ΣΥΖΥΓΟΣ:  **ΝΑΙ**  **ΟΧΙ**

15. Πληροφορίες σχετικά με τα Προγράμματα Αποταμίευσης Medicare: Μπορείτε, επίσης, να λάβετε βοήθεια από την Πολιτεία σας για άλλες δαπάνες στα πλαίσια του Medicare, μέσω των Προγραμμάτων Αποταμίευσης "Medicare Savings Programs". Για να αρχίσετε την διαδικασία υποβολής της αίτησής σας για δικαίωμα στα Προγράμματα Αποταμίευσης Medicare, οι υπηρεσίες της Κοινωνικής Ασφάλισης θα σας στείλουν πληροφορίες από αυτό το έντυπο στις αρχές της Πολιτείας σας εκτός εάν μας ζητήσετε να μην το κάνουμε. **Εάν θέλετε να λάβετε βοήθεια από τα Προγράμματα Αποταμίευσης Medicare, μην απαντάτε σε τούτη την ερώτηση. Απλώς υπογράψτε και χρονολογήστε την αίτηση και οι αρχές της Πολιτείας του τόπου διαμονής σας θα πάρουν επαφή μαζί σας.**

Εάν δεν ενδιαφέρεστε να συμμετάσχετε στα Προγράμματα Αποταμίευσης Medicare, βάλτε ένα  στο παρακάτω τετραγωνάκι.  **Όχι, μην στείλετε τις πληροφορίες στις αρχές της Πολιτείας του τόπου διαμονής σας.**



## Υπογραφές

# ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑ -

# ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ, ΔΙΑΒΑΣΤΕ ΠΡΟΣΕΚΤΙΚΑ

Εγώ/Εμείς καταλαβαίνω/καταλαβαίνουμε ότι η Διοίκηση της Κοινωνικής Ασφάλισης θα ελέγξει τις δηλώσεις μου/μας και θα συγκρίνει τις καταχωρήσεις της με εκείνες των υπηρεσιών της ομοσπονδιακής, πολιτειακής και τοπικής διοίκησης, συμπεριλαμβανομένης και της Υπηρεσίας Εσωτερικών Εισοδημάτων για να βεβαιωθεί ότι ο καθορισμός της κατάστασής σας είναι ορθός.

Υποβάλλοντας αυτήν την αίτηση, εξουσιοδοτώ/εξουσιοδοτούμε την Διοίκηση της Κοινωνικής Ασφάλισης (SSA) να αποκομίσει και να κοινοποιήσει πληροφορίες σχετικές με το εισόδημά μου/μας, τους χρηματικούς πόρους μου/μας, τα περιουσιακά μου/μας στοιχεία, εξωτερικού και εσωτερικού, σε συμφωνία με την ισχύουσα νομοθεσία περί προστασίας των εμπιστευτικών ατομικών πληροφοριών. Αυτές οι πληροφορίες μπορεί να περικλείουν, αλλά χωρίς να περιορίζονται σ' αυτό, πληροφορίες σχετικά με τον μισθό μου/μας, τα υπόλοιπα των λογαριασμών μου/μας, επενδύσεις, προσόδους και επιδόματα σύνταξης.

Εκτός και αν απάντησα/απαντήσαμε "Όχι" στην ερώτηση 15, εξουσιοδοτώ/εξουσιοδοτούμε την Διοίκηση της Κοινωνικής Ασφάλισης να κοινοποιήσει στις αρχές της Πολιτείας του τόπου διαμονής μου/μας τις οικονομικές πληροφορίες οι οποίες αναφέρονται πιο πάνω καθώς και άλλες ατομικά επιβεβαιούμενες πληροφορίες από τον φάκελό μου/μας, σαν το όνομά μου/μας, την ημερομηνία γεννήσεως μου/μας, το φύλο μου/μας και τον αριθμό (τους αριθμούς) μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης για να αρχίσει η διαδικασία της αίτησης για τα Προγράμματα Αποταμίευσης Medicare.

Εγώ/Εμείς δηλώνουμε κάτω από ποινή ψευδορκίας ότι έχω/έχουμε εξετάσει όλες τις πληροφορίες αυτού του εντύπου και ότι είναι αληθείς και ορθές κατά το καλύτερο των όσων γνωρίζω/γνωρίζουμε.

**Παρακαλούμε να συμπληρώσετε την Ενότητα Α. Εάν δεν μπορείτε να υπογράψετε, ένας εκπρόσωπος μπορεί να υπογράψει για λογαριασμό σας. Εάν κάποιος σας βοήθησε, συμπληρώστε επίσης την Ενότητα Β.**

### Ενότητα Α

Η υπογραφή σας:	Ημερομηνία:	Αριθμός τηλεφώνου: ( ) -
Υπογραφή συζύγου:	Ημερομηνία:	
Ταχυδρομική σας διεύθυνση:		Αριθμός διαμερίσματος:
Πόλις:	Πολιτεία:	Ταχυδρομικός κώδικας:

Εάν έχετε αλλάξει ταχυδρομική διεύθυνση κατά τους τελευταίους τρεις μήνες, σημειώστε ένα  εδώ: [ ]

Εάν θα προτιμούσατε να επικοινωνήσουμε με κάποιον άλλον εάν έχουμε πρόσθετες ερωτήσεις, παρακαλούμε κοινοποιήστε μας το όνομα αυτού του ατόμου και έναν αριθμό τηλεφώνου στον οποίο να είναι διαθέσιμο κατά την διάρκεια της ημέρας.

Γράψτε το μικρό του όνομα:	Γράψτε το επώνυμό του:	Αριθμός τηλεφώνου: ( ) -
----------------------------	------------------------	-----------------------------

### Ενότητα Β

Εάν κάποιος σας βοήθησε, σημειώστε ένα  στο πλαίσιο το οποίο περιγράφει αυτό το άτομο και κοινοποιήστε τις υπόλοιπες πληροφορίες οι οποίες ζητούνται πιο κάτω.

<input type="checkbox"/> Μέλος της οικογένειας	<input type="checkbox"/> Δικηγόρος	<input type="checkbox"/> Άλλος εκπρόσωπος	<input type="checkbox"/> Άλλος, διευκρινίστε: _____
<input type="checkbox"/> Φίλος	<input type="checkbox"/> Υπηρεσία	<input type="checkbox"/> Κοινωνική(ός) λειτουργός	

Γράψτε το μικρό του όνομα:	Γράψτε το επώνυμό του:	Αριθμός τηλεφώνου: ( ) -
Διεύθυνση:		Διαμέρισμα Αριθμός:
Πόλις:	Πολιτεία:	Ταχυδρομικός κώδικας:



## Νόμος περί προστασίας του ιδιωτικού βίου/Σημείωση περί του Νόμου Μείωσης των Απαιτούμενων Εντύπων

Τα τμήματα 1860 D-14 του νόμου Social Security, όπως τροποποιήθηκε, μας επιτρέπουν να συλλέξουμε αυτές τις πληροφορίες. Η παροχή αυτών των πληροφοριών προς εμάς είναι εθελοντική. Ωστόσο, η μη παροχή όλων ή μέρους των πληροφοριών μπορεί να μας εμποδίσει να λάβουμε απόφαση σχετικά με την επιλεξιμότητά σας για επιδότηση Medicare Part D.

Θα χρησιμοποιήσουμε τις πληροφορίες για να λάβουμε πληροφορίες σχετικά με το εισόδημα και τα περιουσιακά σας στοιχεία για να διαπιστώσουμε αν δικαιούστε επιδότηση Medicare Part D. Μπορούμε επίσης να μοιραστούμε τις πληροφορίες σας για τους ακόλουθους σκοπούς, που ονομάζονται συνήθεις χρήσεις:

1. Προς υποψηφίους συνταξιούχους, αιτούντες, υποψήφιους αιτούντες ή αιτούντες (εκτός των προσώπων στα οποία αναφέρονται τα δεδομένα και τους εξουσιοδοτημένους αντιπροσώπους τους) στο βαθμό που είναι αναγκαίο για την άσκηση των δικαιωμάτων για Medicare Part D και δικαιώματος άσκησης έφεσης για επίδομα Part D, και
2. Προς ομοσπονδιακές, κρατικές ή τοπικές υπηρεσίες (ή πληρεξούσιους εξ ονόματός τους) για τη διαχείριση προγραμμάτων διατήρησης του εισοδήματος ή διατήρησης της υγείας τους (συμπεριλαμβανομένων των προγραμμάτων βάσει του νόμου περί Social Security).

Επιπλέον, ενδέχεται να μοιραζόμαστε αυτές τις πληροφορίες σύμφωνα με τον νόμο περί Προστασίας των προσωπικών δεδομένων ζωής και άλλους Ομοσπονδιακούς νόμους. Για παράδειγμα, όπου επιτρέπεται, μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε και να αποκαλύψουμε αυτές τις πληροφορίες σε προγράμματα υπολογιστών για διασταύρωση, στα οποία τα αρχεία μας συγκρίνονται με άλλα αρχεία για να διαπιστωθεί ή να επαληθευθεί κατά πόσον ένα πρόσωπο δικαιούται προγράμματα ομοσπονδιακών παροχών και επιστροφή λανθασμένων ή καταβολή ληξιπρόθεσμων χρεών στα πλαίσια των προγραμμάτων αυτών.

Ένας κατάλογος πρόσθετων συνήθων χρήσεων είναι διαθέσιμος στο έντυπό μας Privacy Act System of Records Notice (SORN) 60-0090, με τίτλο Master Beneficiary Record, και 60-0321, με τίτλο Medicare Database File. Πρόσθετες πληροφορίες και πλήρη κατάλογο όλων των SORNs μας είναι διαθέσιμες στην ιστοσελίδα μας στην ηλεκτρονική διεύθυνση <http://www.ssa.gov/privacy/sorn.html>.

Δήλωση Νόμου περί μείωσης γραφειοκρατικών διατυπώσεων - Αυτή η συλλογή πληροφοριών πληροί τις απαιτήσεις του 44 USC § 3507, όπως τροποποιήθηκε από το τμήμα 2 του Paperwork Reduction Act του 1995. Δεν χρειάζεται να απαντήσετε σε αυτές τις ερωτήσεις παρά μόνον εάν εμφανιστεί ένας έγκυρος αριθμός ελέγχου του Office of Management and Budget (OMB). Ο αριθμός ελέγχου OMB για αυτήν τη συλλογή είναι 0960-0696. Εκτιμούμε ότι θα χρειαστούν 30 λεπτά για να διαβάσετε τις οδηγίες, να συγκεντρώσετε τα γεγονότα και να απαντήσετε στις ερωτήσεις. Στείλτε μόνο σχόλια σχετικά με την παραπάνω εκτιμώμενη ώρα που θα χρειαστείτε στη διεύθυνση: SSA, 6401 Security Blvd, Baltimore, MD 21235-6401.

ΕΠΙΣΤΡΕΨΤΕ ΤΟ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΕΝΟ ΕΝΤΥΠΟ ΣΕ ΕΜΑΣ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΩΝΤΑΣ ΤΟΝ ΦΑΚΕΛΟ ΠΟΥ ΕΣΩΚΛΕΙΕΤΑΙ ΜΕ ΠΡΟΠΛΗΡΩΜΕΝΑ ΤΑΧΥΔΡΟΜΙΚΑ ΤΕΛΗ ΚΑΙ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΕΝΗ ΤΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΕΠΙΣΤΡΟΦΗΣ:

Social Security Administration (Διοίκηση της Κοινωνικής Ασφάλισης)  
Wilkes-Barre Direct Operations Center  
P.O. Box 1020  
Wilkes-Barre, PA 18767-9910